

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N°

742

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Roger KERVRAN

Interne de l'Hôpital de l'Institut Pasteur
Né le 21 Mars 1911, à Lambezellec (Finistère)

TUBERCULOSE ET MARIAGE

Président : M. F. BEZANÇON, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1937

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Roger KERVAN

Interne de l'Hôpital de l'Institut Pasteur
Né le 21 Mars 1911, à Lambazellec (Finistère)

TUBERCULOSE ET MARIAGE

Président : M. F. BEZANÇON, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1937

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE	Pathologie chirurgicale.
BARIÉTY	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri) .	Pathologie médicale.
BERNARD (Étienne)	Pathologie médicale.
BESANÇON (J.) ..	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER ...	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
FUNCK	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale.
GAYET.	Physiologie.
DE GENNES	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique
JOANNON	Hygiène.

MM.

LACOMME	Obstétrique.
LANTUÉJOUL ...	Obstétrique.
LAROCHE (Guy) .	Pathologie médicale.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
M ^{lle} J. LÉVY	Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI .	Neurologie et Psychiatrie
MÉNÉGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET ..	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT-DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.
PIÉDELIEVRE ..	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SANNIÉ	Chimie biologique.
SÈNÈQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIER	Pathologie expérimentale
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT .	Physiologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
LARDENNOIS...	Pathologie chirurgicale.

MM.

LEROUX	Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ..	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROCQ.....	
BRULÉ		CADENAT.....	
CHABROL.....		GATELLIER	
CHIRAY		HEITZ-BOYER...	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		SCHWARTZ	
PASTEUR - VALLERY - RADOT.....		VELTER	
SÉZARY			
MM.			
ECALLE	} Clinique obstétricale.		
LE LORIER.....			
LÉVY-SOLAL			
METZGER			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé	Microbiologie.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FEMME

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BEZANÇON

Professeur de Clinique de la Tuberculose
Médecin de l'Hôpital Laënnec
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse. Témoignage de notre res-
pectueuse gratitude.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR LOUIS MARTIN

Directeur de l'Institut Pasteur
Membre de l'Académie de Médecine
Membre de l'Institut
Président du Conseil supérieur d'Hygiène

*En témoignage de notre pro-
fond respect.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR F. DUMAREST

Membre correspondant de l'Académie de Médecine
Médecin directeur du Sanatorium Mangini

*Qui nous a inspiré le sujet de ce
travail et guidé dans son élaboration.*

*Témoignage de notre respectueuse gratitude pour la constante
bienveillance qu'il a bien voulu
nous témoigner.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR RENÉ MARTIN

Médecin de l'Hôpital de l'Institut Pasteur

*Qui nous a toujours témoigné
dans son service, la plus grande
bienveillance.*

*Gage de notre reconnaissance
et de notre respectueux attachement.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR POIX

Vice-Président du Comité national de défense contre la Tuberculose
Officier de la Légion d'Honneur

*En témoignage de notre gra-
titude pour l'accueil si bienveillant
qu'il nous a réservé au dispensaire
Léon-Bourgeois.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. DELARUE

Assistant d'Anatomie pathologique à la Faculté

*Qui nous a toujours témoigné
la plus amicale bienveillance. Gage
de notre reconnaissance et de notre
respectueux attachement.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Ecole Annexe de Santé Navale

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ROLLAND

(in memoriam)

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LE DAMANY

(in memoriam)

M. LE MÉDECIN DE LA MARINE F. MORVAN

Externat et Internat (Nantes-Le Havre)

M. LE PROFESSEUR GUSTAVE BUREAU

M. LE PROFESSEUR YVES BUREAU

M. LE DOCTEUR F. GAUDIN

M. LE DOCTEUR FILLIOL

M. LE DOCTEUR STEMPWOSKI

M. LE DOCTEUR THOREL

A MONSIEUR LE DOCTEUR TOURAINE

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

A MONSIEUR LE DOCTEUR PAUL RENAULT

Chef de Laboratoire à l'Hôpital Saint-Louis

A MES MAÎTRES
DE L'HÔPITAL DE L'INSTITUT PASTEUR

MONSIEUR LE DOCTEUR DARRE

Médecin des hôpitaux de Paris
Médecin de l'Hôpital Pasteur

MONSIEUR LE DOCTEUR RENÉ MARTIN

Médecin de l'Hôpital Pasteur

MONSIEUR LE DOCTEUR DELARUE

MONSIEUR LE DOCTEUR BOCAGE

MONSIEUR LE DOCTEUR THIROLOIX

Médecins-assistants de l'Hôpital Pasteur

MONSIEUR LE DOCTEUR A. LAFFAILLE

Chef de Laboratoire à la Faculté
Chef de Laboratoire à l'Institut Pasteur

A MES CAMARADES D'EXTERNAT
ET D'INTERNAT

INTRODUCTION

Il est au monde quelques millions de tuberculeux ; deux cent cinquante mille en France si nous en croyons les chiffres officiels. La Tuberculose est une maladie qui fait mourir chaque année cent quarante mille environ de nos compatriotes. C'est aussi une affection avec laquelle on doit vivre, conciliant tant bien que mal une existence active et les nécessités qu'impose le bacille de Koch.

Chaque étape de la vie des tuberculeux va poser des problèmes humains, sociaux, sentimentaux, techniques. Le mariage des tuberculeux est un de ces problèmes. Il a été d'autant plus controversé qu'il se pose très fréquemment. Chaque praticien plusieurs fois par an, chaque phtisiologue plusieurs fois par mois s'entend dire par un de ses malades : « Je désirerais me marier, m'y autorisez-vous ? quand et sous quelles conditions ? » Le phtisiologue, comme en pareil cas le syphiligraphe, est très perplexe. Le mariage des tuberculeux n'est pas seulement un problème médical, c'est aussi une question morale, com-

pliquée encore par des considérations déontologiques.

Il est trop facile d'adopter cette attitude simpliste qui consiste à répondre « tuberculeux pas de mariage », à vouer systématiquement au célibat tous les anciens malades sans distinction, ou même d'affirmer comme on l'a fait il y a quelques années que « les enfants de famille de phtisiques ne doivent en aucun cas songer au mariage », considérant ainsi les tuberculeux comme des parias.

Peut-on enlever ce qui fait l'essentiel de la vie sociale à un individu qui pour avoir eu quelques démêlés avec la phtisie n'en mène pas moins une vie active parfois dans les conditions les plus imprévues : il est un tuberculeux porteur de pneumothorax, champion cycliste ; un autre, est joueur international de foot-ball. Un homme politique de premier plan eut une phrénicectomie, un chanteur célèbre a présenté des lésions bilatérales étendues.

Peut-on songer à refuser le mariage à tous les malades guéris : « si les porteurs de bacilles ne se mariaient pas, qui donc se marierait ? » disait SABOURIN, et il ajoutait : « le tout est de savoir dans quelles conditions il est convenable qu'ils le fassent. »

Le projet d'union va dépendre avant tout d'un examen clinique approfondi qui sera le substratum de la décision, mais il devra dépendre encore, et beaucoup, des conditions morales, intellectuelles, psychologiques et économiques qui s'y rattachent.

CHAPITRE PREMIER

TUBERCULOSE MALADIE ET TUBERCULOSE INFECTION

Pour quels tuberculeux allons-nous envisager le problème du mariage ? Pour les tuberculeux pulmonaires aigus, la question ne se pose pas sauf les cas d'exception ou un avis médical n'a que faire.

Il ne peut y avoir aucun inconvénient à permettre le mariage d'anciens pottiques, d'anciens coxalgiques, guéris ; ce qui inquiètera les familles sera alors l'union avec un « bossu » ou un « boiteux », non la tuberculose causale.

Les tuberculoses rénales ne peuvent en rien, après néphrectomie et contrôle sérieux, être un obstacle au mariage.

Pour les tuberculoses génitales nous pouvons admettre avec L. BERNARD que « leur guérison est souvent précaire, qu'elles sont la plupart du temps incompatibles avec le mariage sauf le cas de guérison

très anciennement éprouvée ». Elle ne posent pas en tous cas les mêmes problèmes.

Les adénopathies anciennes, même si elles ne sont pas immunisantes, ne sont pas non plus une cause de fragilité.

Restent donc les tuberculoses pulmonaires chroniques ; encore faut-il préciser le sens de ce terme : LUPO de Turin a trouvé 93 % d'altérations apicales pulmonaires de nature bacillaire chez des sujets sains apparemment. Ce pourcentage est égal au pourcentage des cuti-réactions à la tuberculine positives chez l'adulte des villes (CALMETTE, Von PIRQUET, égal aussi au pourcentage des cas de tuberculose pulmonaire fournis par l'anatomo-pathologie systématique (CARBOGNIN). Cette proportion est de 100 % pour NAEGELI, SCHANG, SCHUMANN, de 90 % pour LEISCHKE et ZEISS.

Il s'agit là de cette « tuberculose infection » qui s'oppose à la tuberculose-maladie et sur laquelle M. DUMAREST a beaucoup insisté. « Ce serait folie de les considérer comme des tuberculeux », disait au sujet de ces gens LÉON BERNARD.

A propos d'eux, BARD écrivait aussi avant lui : « s'il est nécessaire de dépister les cas de bien portants en apparence qui ont besoin de précautions et de soins particuliers, il est tout aussi nécessaire de ne pas augmenter inconsidérément le nombre des bien portants qui sont des malades qui s'ignorent et ne le deviennent que le jour où on les classe comme tels. » « La découverte d'un moyen infaillible qui ne laisse-

rait échapper aucun cas de tuberculose latente serait un funeste présent des dieux », disait-il encore.

Nous ne nous occuperons donc ici que des tuberculeux qui ne s'ignorent pas, de ceux dont la maladie fût signalée par quelque incident, ou affirmée par un examen fortuit, sans omettre bien entendu les tuberculoses « dites latentes », plus ou moins éteintes et plus ou moins reviviscentes dont parle SABOURIN.

CHAPITRE II

APERÇU HISTORIQUE

On retrouve dès la plus haute antiquité, des textes concernant la phtisie et ses rapports avec la vie sociale, quelques remarques éparses tout au moins. Dans les Lois de MANOU on lit que la phtisie est impure, « il est défendu à un brâhmane d'épouser, si riche qu'elle soit, une jeune fille dont quelque ascendant aurait été phtisique » ; ces lois appartiennent au recueil des VÉDAS, datant du XI^e siècle avant notre ère. Il faut d'ailleurs noter ce fait que, pour les Hindous, la tuberculose, comme l'épilepsie ou la lèpre, étant un châtiment du ciel, les brahmanes devaient surtout éviter de s'unir à une famille réprouvée par les Dieux.

HIPPOCRATE s'est contenté de conseiller aux phtisiques de s'abstenir du coït, de renoncer complètement aux joies sexuelles (460 av. J.-C.). Un de ses aphorismes dit pourtant des jeunes malades « *Juvenes cœlibes strumosi fiunt, postea vero matrimonio sponte curantur* ».

PLATON dans « La République » (430 av. J.-C.), déconseille le mariage des phtisiques, qui seraient dans le cas de donner à la république des sujets à leur ressemblance, ce qui ne serait avantageux ni pour eux-mêmes, ni pour l'État.

CELSE écrit de même qu'il vaut mieux pour eux « *Diu abstinere a veneri* ».

L'École arabe, avec AVENZOAR, croit à la contamination conjugale, préconise l'abstinence sexuelle (890 post. J.-C.).

Léonard FUCHS (1537) avait prescrit aux phtisiques entre autres choses « *Fugiant iram tristitiam, coitum, matrimonium et quidquid corpus extenuare potest* ».

Au moyen âge, on permettait aussi, à défaut d'épouse, une nourrice, se basant sur l'adage de PRODICUS « *optimum autem existit muliebre lac* ».

ROZIÈRE DE LA CHASSAGNE, Van SWIETEN, FORESTUS, complétant cette méthode, conseillaient de faire coucher le malade avec sa nourrice, ou à défaut avec une jeune fille bien fraîche et bien saine, « non pas tant pour les « émanations subtiles émanant de sa personne et ranimant le malade épuisé, qu'à cause des désirs continuellement renouvelés, qui agissent comme un cordial ».

Van SWIETEN discute d'ailleurs la valeur morale de cette thérapeutique car, dit-il : « les époux peuvent gagner la tuberculose après une cohabitation prolongée ».

En Angleterre, James CLARK, dans son traité de la

consomption pulmonaire, avait déjà demandé une réglementation officielle du mariage des phtisiques, et Morton (1698) avait écrit qu'à un contact permanent et intime comme la cohabitation conjugale, le lit commun, les époux pouvaient gagner cette maladie.

En Suisse MAUGET déconseille le mariage des phtisiques après avoir conté l'histoire de ce genevois « qui, ayant perdu sa première femme de phtisie, enferma ses vêtements dans des caisses ; il se remaria, sa seconde femme ouvrit les caisses, y prit des vêtements et mourut phtisique ».

WERMICH, au XVIII^e, conseillait le mariage aux jeunes malades à cause de l'influence heureuse de la gestation sur leur état pulmonaire.

MAURICEAU en 1780 écrivait en revanche : « Il faut proscrire le mariage des phtisiques, car l'accouchement est un mauvais port où périssent les femmes qui ont une méchante poitrine. »

PORTAL (1792) rapproche de la « phtisie scrofuleuse » la « phtisie de naissance », insistant sur le fait qu'il faut interdire le mariage aux personnes qui sont, de leur nature, évidemment disposées à devenir phtisiques ». LAENNEC signale : « on voit souvent, chez les personnes qui ont peu d'aisance, une famille nombreuse coucher dans la même chambre qu'un phtisique, un mari partager, jusqu'au dernier moment, le lit de sa femme phtisique sans que la maladie se communique. »

« Il faut interdire le mariage aux jeunes filles délicates qui ont des phtisiques dans leur famille », disait

TARNIER, « on peut leur permettre le mariage mais il faut leur interdire les rapports conjugaux », disait RENOU ; ce qui peut sembler assez difficile à faire admettre en pratique courante.

MUSGRAVE CLAY, dès 1872, parlant de la tuberculose dans le mariage, note que la contagion conjugale est due surtout aux causes secondaires. PASTEUR, enfin, donne indirectement son avis, lorsqu'il dit, comparant la tuberculose à une maladie des vers à soie, la Pébrine dont il s'appliquait à éclaircir l'étiologie. « Provoquez des mariages entre parents atteints de la phtisie, et la maladie fera peu à peu de grands ravages ».

Plus près de nous GRISOLLE, SABOURIN, DAREMBERG puis LÉON BERNARD en France, REIBMAYER, VIRCHOW, BREHM, RIFFEL, en Allemagne, ont consacré des travaux importants à cette question. Tous les grands phtisiologues actuels en ont parlé plus ou moins. L'accord semble actuellement à peu près fait sur ce sujet.

CHAPITRE III

LA TUBERCULOSE CONJUGALE

Il faut avant toute chose envisager l'influence qu'aura ce mariage du tuberculeux sur le conjoint et la descendance.

Bien souvent, pour interdire ces unions, on a brandi le spectre de la contagion : « un tel mariage effraye en raison d'une contamination possible du conjoint » (L. BERNARD).

Cette terreur qui parfois dans certains ménages va se manifester de façon indécente, est-elle justifiée ? Nous touchons ici au vaste problème de la tuberculose conjugale. Nous allons tenter de dégager les données de la statistique et l'opinion moyenne des cliniciens modernes.

Dans le public, parfois même dans le public médical, il est convenu de citer des exemples typiques de contamination conjugale : il faut avant tout se défier de la transformation artificielle d'un rapport de coïncidence en un rapport causal, se défier aussi des interrogatoires trop simplistes.

Les malades ont une curieuse tendance à reporter sur quelqu'un d'autre la responsabilité de leur tuberculose, au mépris parfois d'antécédents personnels flagrants : une malade de sanatorium, intelligente cependant, nous affirmait récemment avoir été contaminée par son mari ; ce n'est qu'en insistant longuement que nous pûmes apprendre qu'elle s'était fiancée à Hauteville où elle était déjà en traitement comme son futur époux ; et ce cas paraît fréquent.

Les contaminations conjugales semblent aussi impossibles à prouver que difficiles à nier ; sans doute existent-elles ? mais quelle est leur importance ? (DENOYELLE).

APERÇU HISTORIQUE

Il ne semble pas inutile de rappeler quelques idées anciennes sur ce sujet.

Aux temps fabuleux de la médecine chinoise primitive, l'empereur Chin Nong, père de cet art, avait déjà considéré la phtisie comme contagieuse. Nous ignorons à peu près tout des idées médicales de l'antiquité égyptienne, chaldéenne, hindoue, sur ce point. On a souvent cité une ordonnance du Talmud interdisant de manger de la viande d'animaux « morts d'ulcérations des poumons ». Mais l'idée qui domine là semble être de ne pas laisser absorber aux juifs la viande des animaux qui ne furent pas sacrifiés selon les rites (PIÉRY et ROSHEM).

ISOCRATE, le premier, signale au iv^e siècle dans

L'Æginétique que « ceux qui soignent les malades atteints de phtisie en deviennent victimes ».

ARISTOTE nous affirme que la contagion vient de ce que les phtisiques ont « l'haleine mauvaise et lourde ».

Pour GALLIEN « la phtisie se gagnant par voisinage, il est dangereux d'habiter avec des phtisiques ». La médecine va vivre durant plusieurs siècles sur cet acquis.

Au ^{xvi}^e, FRASCATOR consacre tout un chapitre à la « phtisie contagieuse » et conclut : « la phtisie peut envahir un homme sain s'il vit avec une femme phtisique ».

Ambroise PARÉ attribuait aux « scrofules dites coutumièrement escrouelles certaine pestilence contagieuse ». LOUMIS affirme que « la seule vapeur des crachats purulents infecte du levain de la phtisie ceux qui s'exposent à la respiration des phtisiques ».

Lazare RIVIÈRE en 1750 signale « avoir vu des femmes gagner la phtisie de leur mari, des maris de leurs femmes ». Van HELMONT est résolument contagioniste, ainsi que MORTON, Pierre DESAULT, VALSALVA et Van SWIETEN au ^{xvii}^e siècle.

Bientôt des édits prophylactiques draconiens vont venir affirmer la croyance en la contagion, à Nancy, à Madrid (1751), à Naples (1782) on va jusqu'à brûler les maisons après le décès des phtisiques. En Provence on se contente de « brûler leurs draps, crépir leur chambre, exposer leurs meubles à l'air » ; c'est ce que préconise BAUMES (fin du ^{xviii}^e) à la Faculté de Montpellier.

Au ^{xix}^e en France, ce dogme de la contagion va passer pour désuet ; quelques cliniciens (GUÉNEAU DE MUSSY, MALHERBE) s'y tiennent pourtant.

LAENNEC écrit : « la phtisie tuberculeuse a longtemps passé pour contagieuse et elle passe encore pour telle aux yeux du peuple, des magistrats, et de quelques médecins de certains pays, surtout dans les parties méridionales de l'Europe. En France, il ne paraît pas qu'elle le soit. »

BAYLE, ANDRAL jugent aussi que la contagion est fonction de la latitude et rallient à cette opinion la presque totalité des médecins français.

A l'étranger, la croyance en la contagion reste solide. Mieux que des textes médicaux vont nous le montrer deux anecdotes littéraires : CHATEAUBRIAND dans les Mémoires d'outre-tombe raconte qu'en 1803, à Rome, nul ne voulut acheter ses voitures, car son amie, « Mme de Beaumont, atteinte d'ethisie, y était montée deux ou trois fois ». George SAND, accompagnant CHOPIN à Majorque en 1839, eut aussi des difficultés : « Le propriétaire de notre petite maison nous mit brusquement à la porte », « à la chartreuse de Valdemosa, nous ne pûmes nous procurer de domestiques, nul ne voulant servir un poitrinaire ».

En présence de ces contradictions, il faut se rappeler que, pour les anciens auteurs, cette étiquette de « Phtisie » englobait de nombreuses affections n'ayant qu'un bien lointain rapport entre elles et avec le bacille de Koch. D'innombrables tuberculoses passaient inaperçues ; LAENNEC eut le mérite génial de

rassembler ces idées éparses, avant l'ère bactériologique et radiologique.

Il va falloir les travaux de VILLEMIN (1865) pour poser différemment le problème ; CHAUFFARD, PIDOUX discutaient encore ses conclusions. Robert KOCH (1884) fera triompher les idées nouvelles. La discussion portera désormais moins sur la contagion que sur ses modalités (ARLOING, JACCOUD FLÜGGE, BEHRING, LANDOUZY). Pour certains l'infection aura surtout une origine endogène : MAREFAN (France), RÔMER, MUCH, RANKE (Allemagne), BALDWIN, FISCHERG (E. U.), pour d'autres : ROGER (France), ASCHOFF (Allemagne), l'origine exogène est plus importante.

Les risques de contamination étant au maximum dans la vie conjugale, cet aspect du problème fut fort étudié.

LES DONNÉES DE LA STATISTIQUE

Les statistiques récentes semblent concorder dans leurs conclusions.

Pour VITRY, il a y 6 % de contamination tuberculeuse conjugale, pour ROUSSEL, 5,2 % dans la classe ouvrière, après cohabitation prolongée. DENOYELLE donne le chiffre de 7 %, BERTIN, CORDEY de 5,5 %.

Dans une statistique américaine, OPIE et MAC PHEDRAN notant chez le conjoint non seulement la morbidité, mais aussi l'infection bacillaire arrivent au chiffre de 35 %.

ARNOULD en 1925 a groupé 48 statistiques réalisées

entre 1874 et 1924 par 39 auteurs de 9 pays différents. Si parmi ces statistiques, certaines (RIFFEL, WARD) annoncent 58 % de contagion conjugale, c'est qu'elles s'appliquent à une morbidité tuberculeuse survenue parfois 30 ans après le contact. Au total, l'ensemble de ce travail, portant sur 53.069 ménages, donne moins de 10 % de contaminations.

DUMAREST cite un taux de 7 à 10 %, MAURIAC de 4 %, BARNES (de Rhode Island) 3 %, LORAU dans sa thèse, 10,4 %. L'assemblée générale de médecine française de 1933 confirme les chiffres généralement admis de 6 à 10 %.

Si nous envisageons maintenant le taux moyen de la morbidité tuberculeuse chez les individus du même âge, nous obtenons des chiffres bien peu différents des précédents : 7 % disent les statistiques américaines ; une statistique sérieuse faite à Nancy donne 9,2 % ; ARNOULD fixe un chiffre peu supérieur à 5 % entre 20 et 50 ans. D'après LUMIÈRE, le calcul des probabilités donne 10 %, ce que confirment ses statistiques personnelles. Un congrès de Strasbourg (1923), estimant de 5 à 8 % le taux de la contagion conjugale, le jugeait peu supérieur à celui de la morbidité tuberculeuse observée dans la population d'âge correspondant.

« Il importe de signaler cependant que l'inoculation de la bacillose n'amène pas forcément un état de maladie, et que, fréquemment au contraire, elle constitue une affection latente, et qui peut passer inaperçue.

Une telle infection atténuée a pour effet de renforcer la résistance du sujet atteint ; par le mécanisme des petites inoculations répétées, de sorte que « les plus exposés sont les moins touchés » (DUMAREST).

Nous n'avons pas à insister sur cet aspect de la contagion. Cette immunisation progressive apporte sans doute plus d'avantages que d'inconvénients ; l'infection ne deviendra maladie que sous l'influence de causes secondes indépendantes du contagement.

LES CONTAGIONS MASSIVES LES PRIMO-INFECTIONS TARDIVES

Il semble ressortir de tout ceci que la contamination tuberculeuse dans le mariage paraît, sinon inexistante, tout au moins rare, « les adultes peuvent être considérés comme habituellement peu affectés par la vie en commun et même le contact étroit avec les cracheurs de bacilles » (AMEUILLE), ou bénigne.

Les cas de contagion conjugale vraie semblent, le plus souvent, pouvoir s'expliquer par des circonstances particulières : il s'agit d'une femme très jeune par exemple, d'une adolescente non encore immunisée qui épouse un bacillaire, d'une paysanne ayant toujours habité loin des centres surpeuplés qui va vivre avec un tuberculeux ; ou c'est quelque indigène d'un peuple à peu près indemne de tuberculose adoptée par un malade colonial. Ce sont tous là des sujets neufs,

non encore « allergisés ». La cuti-réaction de contrôle va être chez eux d'un intérêt capital (JOUSSET, COURCOUX et ALIBERT). La contamination étant d'autant plus grave pour ces malades qu'ils feront des primo-infections, très sérieuses souvent, et rapidement évolutives, « en terrain vierge » où « l'infection n'a pas à vaincre de résistance si ce n'est l'effort tardif de défense qu'elle provoque en progressant » (SERGENT).

On a cité aussi, chez l'adulte, des tuberculoses pulmonaires par surinfection, secondaires à une contamination exceptionnellement massive, AMEUILLE en rapporte deux cas particulièrement évocateurs.

Un Russe, bacillaire, était soigné par sa femme. Ce malade, soigneux d'habitude, se mit à un moment donné à cracher tout autour de lui, sur son lit, ses draps ; sa femme, restée indemne jusque-là, devint tuberculeuse.

La laborantine d'un service de phthisiologie, qui avait la coutume curieuse de poser sur sa table de travail les éléments de ses repas, fut victime de son insouciance. Les faits de cet ordre, vraisemblables, restent difficiles à prouver.

« Beaucoup de faits, disait LAENNEC, prouvent qu'une maladie qui n'est pas habituellement contagieuse peut le devenir dans certaines circonstances ».

Quelques opinions récentes prises au hasard dans les travaux des phthisiologues modernes vont venir confirmer les données de la statistique :

« La contagion entre adultes est exceptionnelle, même dans un ménage (L. BERNARD) ».

arguments invoqués par les partisans de la non-contagion de la tuberculose, un des plus troublants est celui de la rareté de la morbidité tuberculeuse dans le milieu conjugal » (M. BEZANÇON). « Les statistiques récentes prouvent que la contagion de la tuberculose, entre conjoints, est rare » (M. COURCOUX). « La rareté de la tuberculose conjugale est un fait bien connu et démontré » (M. RIST).

Il semble résulter de tout ceci que la contamination du conjoint suppose des conditions exceptionnelles. Elle ne peut en rien venir prohiber l'union d'un tuberculeux « médicalement mariable », partant bien peu contagieux, moyennant une certaine hygiène domestique.

LES VEUFES DE TUBERCULEUX

Un fait a frappé la plupart des auteurs qui étudièrent la tuberculose conjugale : bien souvent, après le départ ou la mort du contaminateur, une tuberculose apparaît chez le conjoint jusque-là indemne.

JANSSENS signalait cette particularité dès 1890. WEINBERG (de Stuttgart) y apporta l'appoint d'une statistique détaillée. En France MM. RIST, d'OELNITZ, HAUTEFEUILLE, entre autres, consacrèrent des travaux à cette question.

C'est parfois la femme d'un malade envoyé depuis des mois à la campagne, exilé en sanatorium, ou hospitalisé, que l'on voit devenir tuberculeuse. Plus sou-

vent, c'est un veuf et surtout une veuve (RIST) de bacillaire qui est frappée.

Il ne semble pas que l'on puisse incriminer une contamination massive immédiatement antérieure au départ, ou à la mort du malade. Le bacillaire à ce stade est en général alité, surveillé en tous cas par son médecin qui peut exiger des mesures élémentaires de prophylaxie ; et c'est bien plutôt avant son passage au dispensaire que le tuberculeux qui s'ignore dissémine ses bacilles.

On doit voir là, vraisemblablement, un cas particulier de cette loi qui veut que le veuvage entraîne une morbidité plus considérable qu'aucun autre état civil, 34 % de plus, dit WEINBERG.

Plus que des considérations médicales, des facteurs moraux semblent ici prendre une grande importance. Nous en arrivons à envisager les gros inconvénients qu'aura le mariage pour le conjoint de tuberculeux. « Presque toutes les personnes que j'ai vu devenir phtisiques, quoiqu'elles ne parussent point prédisposées à cette maladie par leur constitution, paraissent devoir l'origine de leur maladie à des chagrins profonds et de longue durée » (LAENNEC).

IMPORTANCE DES FACTEURS PSYCHIQUES ET SOCIAUX

LÉON BERNARD, BEZANÇON, BRAUN, DUMAREST, RIST et HAUTEFEUILLE, ont bien décrit les facteurs économiques et moraux qui vont intervenir, Van

YsSENDICK en avait parlé au congrès de Brunswick, en 1897.

Nous allons les envisager surtout chez les veuves de tuberculeux, chez les femmes dont le mari est depuis longtemps malade, ou a dû quitter son foyer pour se soigner au loin.

Les arguments que nous allons énumérer sont valables aussi pour les veufs, mais avec moins d'acuité.

Les hommes seront moins frappés que les femmes dans leur vie sociale, sinon dans leurs sentiments. RIST affirme que, là encore, un égoïsme plus solide rendra l'homme moins vulnérable, même dans ses affections.

Sauf dans des milieux très aisés, qui représentent une minorité, la femme aura à assumer les fonctions d'infirmière. Elle devra cumuler, parfois, les rôles de garde malade, de femme d'intérieur et de mère de famille.

Les soins du ménage, de la cuisine seront délaissés, elle n'aura plus le temps ni le courage de préparer ses repas, pâtira la première de la diminution des ressources.

Son sommeil sera troublé par l'insomnie du malade, le chagrin, les soucis accumulés.

Vivant davantage à la maison, elle subira davantage l'angoisse du lendemain, la hantise des difficultés proches.

Après la mort de son mari, de nouvelles responsabilités vont fondre sur elle ; la vie matérielle à assurer, l'avenir des enfants à envisager seule, des déci-

sions importantes à prendre, toutes choses dont l'homme assume habituellement la plus grosse part, dans la vie courante.

La femme, seule dans le monde, sans appui, va être en butte, plus souvent, à des difficultés sociales, à de multiples vexations, à la misère, « la maladie de la misère est la tuberculose », avait coutume de dire BOUCHARDAT.

Le choc psychique va être sensiblement le même pour les deux sexes, et jouer un rôle important, dans l'éclosion d'une tuberculose chez le veuf. LAENNEC insistait déjà sur cette répercussion de la vie morale sur la vie physique, qui fait que les sujets atteints de psychoses tristes, subissent un affaissement notable de leur état général.

Tous ces éléments suffisent sans doute à expliquer et certains cas de tuberculose conjugale, et un surcroît de morbidité chez les veufs. Le fait que les femmes, plus que les hommes, y paient un tribut, a presque la valeur d'une démonstration puisqu'elles ressentent au maximum toutes ces difficultés.

GRISOLLE avait déjà vu cela ; ayant écrit : « nous croyons qu'il n'y a rien de fondé dans les craintes de la contagion, » il ajoute : « si on voit des femmes sans antécédents bacillaires, mariées à des phtisiques, mourir de consommation pulmonaire, faut-il ne voir là qu'un effet de la contagion ? ne doit-on rien attribuer au chagrin, à la fatigue extrême, aux privations, aux refroidissements ; souvent ces femmes dévouées partagent la couche du malade jusqu'au dernier mo-

ment, se levant à chaque instant, baignées de sueur, contractant des rhumes opiniâtres qui sont le prélude de la lésion organique.

Ces considérations semblent avoir échappé à beaucoup de médecins, c'est qu'il s'agit là de complications de la maladie « qui ne sont pas notées sur les fiches de dispensaire ». Leur étude nécessite, dans chaque cas, un long contact avec le malade et sa famille, une parfaite connaissance de sa situation matérielle, de son rang social, de sa vie sentimentale aussi.

Toutes choses bien difficiles à concilier avec les nécessités de la pratique médicale moderne. Elles n'échappaient pas au clinicien d'antan, au « médecin de la famille », de plusieurs générations parfois d'une même famille.

Dans la clientèle d'hôpital, on ne laisse guère aux malades le loisir d'énumérer leurs ennuis, ils se livrent peu, d'ailleurs « ils n'ont guère l'habitude de l'auto analyse, ni de l'introspection » (M. RIST). Le service social toutefois peut rendre et rend d'incalculables services dans ce domaine.

Nous ne pouvons abandonner ce chapitre de la contagion entre époux sans dire quelques mots d'une de ses modalités spéciales : la contamination génitale, souvent citée.

SPILLMAN en parlait en 1905. De nombreuses observations ont été publiées depuis, que nous n'avons pas à détailler ici. Il est avéré qu'on peut trouver des bacilles de Koch dans le sperme, chez des tuber-

euleux à localisation uniquement pulmonaire, on a affirmé leur présence dans les sécrétions vaginales des bacillaires. On a cité des contaminations, surtout chez la femme. Il est parfois bien difficile de vérifier, si les femmes ainsi « contaminées » n'avaient jamais présenté auparavant des manifestations discrètes de bacillose. Difficile aussi de faire la part des tuberculoses localisées latentes, que vient réveiller quelque infection banale. Si cette tuberculose génitale par voie ascendante paraît exister, elle est en tous cas fort rare. Elle ne peut en rien motiver une interdiction médicale de mariage, sauf le cas de localisation bacillaire génitale en évolution.

Il semble donc que nous pouvons conclure avec LÉON BERNARD : « En résumé, on voit que la contagion entre adultes est exceptionnelle même dans un ménage, mais que cependant, devant l'assentiment à donner au mariage par un médecin, il y a lieu de peser longuement les conséquences morales et sociales qui peuvent découler pour le conjoint d'un ménage ainsi fondé ».

CHAPITRE IV

L'ENFANT ISSU DE PARENTS TUBERCULEUX

La procréation est, dans les conditions habituelles, le but du mariage, sa raison d'être, elle en est en tous cas la plus fréquente conséquence.

Le mariage volontairement stérile est une hérésie sociale, sinon morale ou religieuse, le mariage blanc une utopie.

Il nous faut, avant d'envisager le mariage des tuberculeux, voir si l'enfant né de cete union aura une valeur sociale suffisante pour la justifier et compenser les risques qu'elle comporte.

Les idées médicales ont bien oscillé, sur ce sujet « autour de la tuberculose, natalistes et néo-malthusiens controversent sans pouvoir s'entendre » (L. BERNARD). C'est là en effet l'énorme question de l'hérédité bacillaire, qui comporte bien des points mystérieux, bien des conséquences dramatiques. L'accord sur ce problème est pourtant d'un intérêt primordial, ne serait-ce que pour calmer les angoisses

des proches. LÉON BERNARD a rappelé souvent combien dans l'esprit des familles pèse le dogme de « l'hérédité dont les effets se feraient sentir sur la santé des enfants à venir », lorsqu'il s'agit de décider du mariage d'un tuberculeux.

Nous allons tenter de résumer, dans ce débat, les opinions qui nous paraissent les plus justifiées, les mieux sanctionnées par les faits actuellement connus.

Il nous faut noter, d'ailleurs, dès à présent, que depuis quelques années les auteurs qui traitèrent de ces questions ont vu leur tâche facilitée par la création, grâce aux services sociaux, de liaisons suivies entre les hôpitaux, les maternités et les sanatoriums. Ces éléments qui manquaient aux cliniciens d'antan, ont permis à chaque spécialiste de voir le problème sous ses divers angles, simultanément.

APERÇU HISTORIQUE

Bien que les conclusions ne soient plus guère discutées actuellement, il est pittoresque de rappeler succinctement les variations de l'opinion sur ce sujet.

« Un phtisique naît d'un phtisique », déclarait HIPPOCRATE. ARÉTÉE décrivait cet enfant de phtisique « blanc de peau, au tronc et aux membres grêles », SYLVIVS, FRASCATOR, VAN HELMONT accordaient à l'hérédité une part prépondérante.

BOERHAAVE résume l'opinion du ^{xvii}^e dans cet aphorisme : « Phtisis hereditaria omnium pessima ». DESAULT en 1730 considère l'hérédité comme une

cause prédisposante. PORTAL ajoute : « y a-t-il un virus qui se transmette davantage dans les familles que le virus scrofuleux. »

En 1804, DESMALLET admet contagion et hérédité mais insiste surtout sur le fait que la « Phtisie peut passer de la mère au fœtus ». Pour BRICHETEAU (1851) : « il y a probabilité qu'un père et une mère phtisiques engendreront des enfants atteints de la même maladie. » LAENNEC est plus réticent, ayant dit : « une expérience trop habituelle prouve à tous les praticiens que les enfants de phtisiques sont plus fréquemment atteints de cette maladie que les autres sujets ». « Aucun âge n'en est exempt, on a vu des enfants atteints de cette affection dans le sein de leur mère » ; il ajoute : « il est heureusement à cet égard de nombreuses exceptions ».

LOUIS trouve 10 % de malades parmi les enfants de phtisiques, CHOMEL, GENDRIN, CHAUFFARD vont partager sur ce point les idées de LAENNEC.

GRANCHER, HUTINEL, VIRCHOW pensaient que : « si la phtisie est héréditaire, ce qui ne peut être révoqué en doute, elle n'est pourtant pas congénitale ; elle n'est pas héréditaire en tant que maladie mais en tant que disposition ». Pour PASTEUR, « la tuberculose pulmonaire est une maladie héréditaire, elle est aussi une maladie que mille incidents peuvent provoquer ».

Après VILLEMIN (1867), CHAUVEAU, KOCH, la notion de contagion paraît bien établie ; VILLEMIN avec KOCH reconnaît toutefois « une aptitude héréditaire ».

ditaire à contracter le mal ». Pour PIDOUX, l'hérédité est plus complexe, « l'arthritisme, la scrofule, la syphilis des parents donnent par dégénérescence une diathèse tuberculeuse chez les descendants ». Ainsi pensent LEBERT, puis PETER qui précise (1879) : « on ne naît pas tuberculeux mais tuberculisable ».

BAUMGARTEN décrit en 1880 une tuberculose héréditaire tardive analogue à la syphilis héréditaire tardive. LANDOUZY croit à l'hérédité de terrain, à la possibilité d'une hérédité de graine, KUSS ne laisse à l'hérédité qu'un rôle négligeable. Pour DAREMBERG la tuberculose est bien rarement héréditaire. ARLOING envisage une hérédo-prédisposition.

Après COMBY, CALMETTE en 1920 accorde une place prépondérante à l'infection post natale, acquise dans le milieu familial.

Ainsi au début du xx^e siècle, la notion de l'hérédité semble de moins en moins admise, on s'attachait à la délimiter, à en préciser le mécanisme (CALMETTE et GUÉRIN, LÉON BERNARD, PIÉRY, DEBRÉ, RIBADEAU-DUMAS).

La primo-infection est étudiée chez l'adulte par METCHNIKOFF, BOREL. entre autres. Les connaissances récentes afférentes à l'ultra-virus tuberculeux sont venues apporter des éléments nouveaux de discussion (CALMETTE, VALTIS, NÈGRE, BOQUET, puis ARLOING et DUFOURT). L'importance primordiale de l'hérédité tuberculeuse est soutenue actuellement encore par plusieurs auteurs notamment MM. JOUSSET et LUMIÈRE.

L'HÉRÉDITÉ

On distingue en général deux aspects en matière d'hérédité tuberculeuse : ce peut être « hérédité de graine » : transmission directe du bacille de Koch, sous sa forme ordinaire ou sous forme d'ultra-virus, ce peut être aussi la transmission d'un ensemble de « caractères prédisposants » rendant l'enfant différent, plus réceptif : c'est l'hérédité de terrain, l'hérédo-prédisposition.

1^o *Hérédité de graine*

Il existe incontestablement des cas authentiques de tuberculose héréditaire vraie ; on a pu mettre en évidence, chez des enfants de tuberculeuse, des lésions nodulaires giganti-cellulaires où l'examen permet de déceler des bacilles de Koch.

Comme il y a des hérédo-syphilitiques, il est des hérédo-tuberculeux parmi les enfants séparés dès leur naissance d'une mère bacillaire. Reste à savoir si cette éventualité est fréquente.

LANNELONGUE, SABOURAUD en France, MERCKEL en Allemagne, JACOBI aux Etats-Unis en ont cité des exemples, KUSS en rapporte quelques cas dans sa thèse.

En 1914, PÉHU et CHALLIER en dénombrent chez l'homme au total 51 cas, dont 34 semblent vérifiés par le laboratoire.

WHITMANN et GREENE, en 1922, relevaient dans la littérature médicale du monde entier 113 exemples authentiques de ce mode de contamination et 519 douteux. En 1928, CALMETTE et VALTIS en décrivirent trois nouveaux cas. « Le nombre des cas de tuberculose congénitale à l'abri de toute contestation est extrêmement restreint, il peut se compter sur les doigts » (CONHEIM).

2^o *Mécanisme de cette hérédité*

Quel est le mécanisme de cette hérédité ? Est-elle conceptionnelle ? On a pu démontrer la présence de bacilles de Koch dans l'ovule, mais cet ovule malade ne semble pas fécondable.

LANDOUZY et MARTIN ont trouvé des bacilles dans le sperme de tuberculeux apparemment indemnes de lésions génitales. Ces expériences furent confirmées par SIRENA, JAECK, MALFUCCI ; GARTNER et AVIRAGNET précisèrent la proportion de 1 bacille pour 2.000.000 de spermatozoïdes environ. En revanche jamais on ne put mettre en évidence des bacilles dans le spermatozoïde même ; sans doute cette cellule ainsi altérée perdrait tout pouvoir fécondant. « A coup sûr, nul n'a jamais soutenu l'hérédité paternelle et, pour ce qui concerne l'hérédité maternelle, il ne peut s'agir que d'une transmission transplacentaire » (Léon BERNARD).

Plusieurs modes de transmission de la mère à l'enfant ont été décrits et vérifiés. On a incriminé d'abord

une bacillémie survenant au cours d'une « septicémie tuberculeuse » ; ce processus, rare pour certains (BERNARD, SERGENT), est pour d'autre, le plus fréquent (SCHMITTER, LIBERMEISTER). De nombreux auteurs, jugeant cette bacillémie insuffisante pour permettre la contamination transplacentaire, insistent surtout sur la tuberculose du placenta.

Exceptionnelles pour les classiques, considérées comme banales par des phtisiologues allemands contemporains, ces lésions placentaires sont habituellement discrètes (purement histologiques dans 45 % des cas dit SITZENFREY). Elles succèdent à une bacillémie ou plus souvent à une tuberculose utéro-annexielle. M. LELONG note que même dans ces placentas infectés la villosité demeure longtemps intacte, et que tuberculose placentaire ne signifie nullement, sauf exception, tuberculose fœtale.

On a montré aussi (NATHAN-LARIER, BRINDEAU), que le placenta, devenu très perméable à la fin de la grossesse, laisse passer les leucocytes de l'organisme maternel dans la circulation fœtale et que ces leucocytes parfois véhiculent des bacilles.

Pour SCHEER, RIETSCHFIELD et quelques autres auteurs allemands, l'enfant, le plus souvent, serait infecté par les bacilles qu'il déglutit au cours de l'accouchement.

Tous ces modes de contaminations semblent vraisemblables, mais interviennent de façon rarissime. « Si variables que soient les statistiques, a dit M. SERGENT, toutes affirment la grande rareté de la tuber-

culose bacillaire congénitale ». COUVELAIRE et LACOMME ont du examiner des centaines d'enfants pour la rencontrer une seule fois. Les statistiques estiment habituellement que cette éventualité survient une fois sur 10 ou 20.000 et, dans la plupart des cas, chez des enfants dont les mères étaient atteintes de lésions nettement évolutives : tuberculose pulmonaire avancée, granulie (DUFOUT); et tous ces enfants s'ils ne succombent pas *in utero* meurent quelques jours, quelques semaines tout au plus après leur naissance, après avoir présenté un syndrome d'athrepsie, ou brusquement, de façon « inexplicable ». L'autopsie montre chez eux une tuberculose ganglio-hépatique, une granulie, un tuberculose spléno-ganglionnaire (SERGENT, DEBRÉ, LELONG), une altération de la moelle osseuse (LANNELONGUE), plus rarement des lésions à prédominance pulmonaire.

En 1891, BAUMGARTEN distinguait de cette hérédité avérée, une hérédité occulte, latente sur laquelle quelques auteurs ont à nouveau attiré l'attention récemment : des bacilles traversant en petit nombre le placenta créeraient dans certains organes des lésions minimes de tuberculose précoce héréditaire ; ces lésions occultes seraient le point de départ de la tuberculose de l'adulte survenant de longues années après.

Le fait que les enfants nés de mères tuberculeuses ne réagissent pas à la tuberculine s'ils sont séparés dès la naissance tandis qu'un contact infectant,

même pauci-bacillaire rend leur cuti-réaction positive, et cela, même sans lésions cliniquement décelables, semble avoir fait justice de cette hypothèse.

La fréquence des enfants prématurés et débiles a été signalée aussi chez les tuberculeuses. Cette éventualité, rare, ne peut être considérée que comme un accident surajouté, ou fortuit (COUVELAIRE) survenant chez des bacillaires en pleine évolution, présentant une forme grave de l'affection. « Si les parents sont affaiblis, disait COMBY, épuisés par la tuberculose, la progéniture pourra présenter une certaine débilité, mais cela est banal, et s'observe dans toutes les déchéances physiques, quelle qu'en soit la cause » ; « seules les tuberculoses avancées, fébriles, très évolutives au moment de la grossesse, sont cause de prématurition » (LELONG).

3^o Transmission du virus filtrable

Une notion nouvelle a paru durant quelque temps devoir transformer le problème de l'hérédité, nous ne pouvons la passer sous silence. Reprenant les travaux de MUCH et de FONTÈS, VAUDREMER étudia en 1922 les granulations prenant le Gram qu'on trouve dans les cultures de bacilles de Koch. En 1925, CALMETTE, GUÉRIN, NÈGRE, BOQUET retrouvèrent, par passages successifs des formes bacillaires, à la suite d'innoculation au cobaye, de filtrats tuberculeux. A la même époque MM. ARLOING et

DUFOURT rapportèrent un fait analogue, obtenu à la suite d'injection d'un filtrat de produits humains.

CALMETTE, VALTIS, LACOMME, COUVELAIRE s'attachèrent à étudier le passage de cet ultra-virus, de la mère à l'enfant. De nombreux travaux furent consacrés à cette question, tant à l'étranger qu'en France. On découvrit même cet ultra-virus dans le sang des nouveau-nés de mère tuberculeuse.

On peut difficilement voir en cela un renouveau de la doctrine de l'hérédité. L'importance de leur action paraît restreinte de l'avis même de MM. ARLOING et DUFOURT, ces virus filtrants provoquant dans 4 % des cas, une certaine hypotrophie du nouveau-né, mais lui assurant, en revanche, une certaine immunité.

Quelques travaux récents n'ont pas confirmé cette manière de voir. Un article de M. BORDET apporte quelques arguments de poids aux détracteurs de cette théorie. Dans l'état actuel des choses il semble que M. BEZANÇON donne l'essentiel du débat en écrivant : « Même s'il est démontré que, fréquemment, des éléments filtrables du bacille passent de la mère à l'enfant, il est exceptionnel que ce virus filtrable soit en quantité suffisante, ou suffisamment virulent pour déterminer une infection tuberculeuse du nouveau-né. »

4^o *Hérédité de terrain*

Ayant admis la rareté de la tuberculose héréditaire vraie, certains auteurs ont voulu trouver, chez

les descendants de tuberculeux, d'une part une prédisposition spéciale à acquérir la tuberculose, « on ne naît pas tuberculeux mais tuberculisable » ; d'autre part une « morphologie humorale et physique » particulière, qu'accompagneraient souvent des malformations congénitales ; tout ceci groupé sous l'étiquette « hérédité de terrain ». PEARL et PEARSON ajoutaient que cette diathèse tuberculeuse se transmet suivant les lois de l'hérédité mendélienne.

LANDOUZY décrit « ces enfants de phthisiques » au squelette étroit à la peau fine et molle, au pelage précocement développé, au faciès pâle, à l'œil porcelainé abrité sous de longs cils » porteurs de malformations variées. MOSNY insistait sur les « hérédodystrophies paratuberculeuses » : tares de la face et des membres (FROEDRICH), tares nerveuses (MORTELLI, CATOLA), rétrécissement mitral fréquent (POTAIN), rétrécissement pulmonaire (HANOT), chlo-

De nombreux travaux ont fait justice de ces opinions (PINARD, COMBY, L. BERNARD, DEBRÉ, COUVELAIRE, LACOMME, OLBRECHT, WEYRMEERSCH), LE DAMANY dès 1912 en avait contesté le bien-fondé.

Quant à l'hérédo-prédisposition, elle fut défendue par bien des auteurs d'importance (VILLEMIN, VIRCHOW, KOCH, PETER, DAREMBERG entre autres), cela s'explique parfaitement car, comme l'a dit SERGENT, de tous temps les médecins et même le public extra-médical ont été frappés par le lourd tribut payé à la tuberculose par les descendants de tuberculeux. Il n'est pas douteux qu'il y ait une mor-

bidité particulièrement élevée dans certaines familles où l'on voit se succéder, de génération en génération, un nombre élevé de malades, où l'on voit successivement les grands-parents, les parents, les enfants présenter à un degré quelconque la tare morbide ». Mais autrefois, sauf quelques précurseurs (STRAUSS), l'opinion ne réalisait pas la part importante de la contagion. Les tentatives sociales de séparation des nouveau-nés peuvent seules, en les soustrayant à la contamination post-natale, nous faire connaître leur avenir.

5^o *Immunité héréditaire*

Il semble qu'on ne puisse trouver chez les descendants de tuberculeux, ni hérédité de graine, ni prédisposition héréditaire, ni dystrophies fréquentes. Mais peut-on trouver, trouve-t-on, chez eux une défense humorale accrue à l'égard des bacilles de KOCH ? Certains faits ont paru l'indiquer.

Quelques auteurs ont été surpris de la résistance qu'offrent parfois à l'infection des nouveau-nés de parents bacillaires soumis à des contaminations massives et répétées, habituellement fatales pour le nourrisson. D'autre part, après HAINAUT, CURSHMANN, KRAUS, ZADECK, SEIFFERT et bien d'autres, ont signalé la fréquence des lésions relativement bénignes à tendance fibreuse dans les lignées de bacillaires.

On a voulu donner comme explication de ces faits

la présence dans le sang du cordon et dans le sang du nouveau-né d'anticorps tuberculeux. Les réactions de fixation permettent souvent d'en déceler (SARVET HANS, RIBADEAU-DUMAS). Mais si ces anticorps existent bien, aussitôt après la naissance, ils décroissent rapidement dans le sang. Cette disparition, comme l'a montré LELONG, est en quelque sorte automatique, sans relation avec une infection tuberculeuse transmise, sans rapport avec la cuti-réaction. La persistance de ces anticorps n'est pas en fonction de l'apparition ultérieure d'une tuberculose vraie, — on doit voir là, a dit L. BERNARD, « un simple reliquat maternel ».

6° *Apport de l'hérédité*

Aucun fait démontré ne nous permet jusqu'à présent d'affirmer « la transmission du caractère, au sens mendélien du mot, de tuberculisé ou de tuberculisable ». Mais, a dit M. DUFOURT, « en matière de tuberculose, la question du terrain ne se limite pas à l'état physique et humoral transmis par l'ascendance directe » ; si l'hérédité tuberculeuse n'existe pas au sens classique du mot, on ne peut nier qu'ici aussi « jouent des influences ancestrales, des influences de races ». « Il serait bien surprenant, écrivait aussi M. DUMAREST en 1922, que l'infection bacillaire échappe aux grandes lois biologiques ». « L'atteinte ancestrale, selon qu'elle aura été bénigne et immunisante, ou grave et évolutive, exer-

cera son influence dans l'un ou l'autre sens ; il est évident que, dans le premier cas, une succession de générations pourra renforcer progressivement, par le mécanisme des petites inoculations répétées, sa résistance, le terme d'immunité, dans son sens strict, étant difficilement applicable à la tuberculose. Deux faits viennent confirmer cette hypothèse. Tout d'abord, les vieilles races méditerranéennes, depuis longtemps soumises à l'influence du bacille de Koch, présentent une résistance vis-à-vis de la maladie que l'immunité personnelle acquise de chaque sujet suffit mal à expliquer. SANARELLI, PEARL ont montré le même fait chez les Juifs, tandis que les nègres, même allergisés depuis l'enfance, résistent mal à la tuberculose maladie. D'autre part, l'auto-défense de l'individu n'est nullement en rapport avec son état de santé habituel : un sujet d'apparence floride succombera à l'infection là où des lignées d'individus chétifs résistent à des contaminations massives dans des conditions débilitantes. Ceci amenait M. DUMAREST : à écrire « Il est infiniment probable que si la tuberculose disparaît un jour de l'histoire humaine, ce sera par le mécanisme de l'immunisation progressive et non par l'impossible destruction de l'agent morbide ; défendre l'enfant de tuberculeux est appliquer un cas particulier d'une loi biologique universelle. C'est de lui que naîtra un jour la descendance humaine peut-être enfin victorieuse du Bacille de Koch ». Défendre l'enfant de tuberculeux, c'est aussi éviter le « Massacre des Innocents », cet

avortement systématique qui connut en Allemagne il y a quelques années une faveur exceptionnelle et assez dramatique (une statistique allemande de 1923 donne 68 intervention sur 96 cas). C'est éviter enfin le refus systématique de l'autorisation médicale du mariage des tuberculeux pour des raisons d'hérédité.

L'ENFANT DE TUBERCULEUX

Avant tout contagé, il est, sauf exception rare, en tous points semblable à l'enfant né de parents sains, de nombreux auteurs l'ont bien montré. Son poids est le même, il résiste de la même façon aux infections diverses, ne réagit pas à la tuberculine. « Placé dans les mêmes conditions de milieu il croît et se développe de la même façon » (LELONG). Et même si l'on admet que la tuberculose des ascendants lui imprime des modifications humorales, ce qui est une hypothèse plausible, elles peuvent être aussi bien immunisantes que prédisposantes, n'ont en tous cas aucun caractère fatal. « Les produits de ces unions n'ont rien à envier aux produits de la majorité des individus dits en bonne santé », affirmait SABOURIN. Rien ne permet de considérer ces rejetons de tuberculeux comme des déchets a-t-on dit. Tous les auteurs sont d'accord sur ce point, « D'ailleurs si on veut envisager toutes les tares que peuvent présenter des parents quelconques, pris au hasard, disait SABOURIN, on ne peut guère, au nom de chacune d'elles, s'opposer au mariage ». A l'argu-

ment de LUMIÈRE : « actuellement encore un éleveur ne consentirait jamais à faire saillir ses animaux reproducteurs par un mâle tuberculeux », on peut rétorquer que la vie sociale actuelle ne semble guère avoir pour but de ne fabriquer que des individualités d'élite. Les quelques tentatives faites dans ce sens dans l'Europe actuelle ont été vivement critiquées au nom de la liberté individuelle et peut-être avec raison.

LES RISQUES DE CONTAGION

Si la notion d'hérédité a perdu une grande partie de son importance, nul ne met en doute actuellement que l'enfant de tuberculeux ne soit terriblement exposé à la contagion. « L'infection des nourrissons, de l'opinion même des partisans du passage du bacille ou du virus filtrable, ne relève pas de ce passage, mais de la contagion post-natale en milieu familial », a dit M. BEZANÇON. Il est bien rare que « l'interrogatoire pousse ne puisse déceler, chez l'enfant, l'existence d'une cause de contagion », a dit aussi M. LEREBoullet.

M. LUMIÈRE admet « qu'il ne semble pas douteux non plus que la contamination de l'enfant après sa mise au monde ne soit aussi un mode courant de l'infection ».

Certains tristes exemples ont à ce point de vue la valeur d'expériences de laboratoire : Telle l'histoire, citée par REICH, de ces 10 enfants de Neubourg, nés de parents sains, auxquels une sage-femme cra-

chant des bacilles insufflait de l'air directement de bouche à bouche et qui moururent tous en peu de temps de méningite tuberculeuse. Tel aussi l'exemple que cite M. BEZANÇON d'une classe où le nombre des cuti-réactions positives passa de 19 à 73 % après qu'y eut séjourné 9 mois un instituteur bacillaire avéré. Mais le milieu familial surtout sera la source de contagion, « l'enfant abandonné au milieu familial infectant est voué à une mort presque fatale » (L. BERNARD).

Il faudra donc éloigner le nouveau-né, sauf le cas assez rare où il peut être élevé chez lui dans une nursery indépendante, dans de parfaites conditions d'hygiène. L'avenir des nourrissons protégés et éloignés de tout contage semble très encourageant. SEIFFERT dans une importante statistique récente montre que, en Allemagne, le nombre des décès chez ces enfants atteint 6 %, alors que la mortalité par tuberculose chez les nourrissons non surveillés atteint dans le Reich 10,7 % actuellement.

Le fonctionnement de l'œuvre GRANCHER et du placement des tout-petits a actuellement la valeur d'une démonstration.

LUMIÈRE, lui-même, insiste sur l'importance des œuvres sociales de protection de l'enfance, et sur les résultats qu'elles ont obtenus.

La prémunition par le B. C. G. est venue apporter une arme prophylactique importante à la lutte contre la contamination tuberculeuse de l'enfance. Cette question passionnante, qui a déjà motivé bien des discussions, sort du cadre de ce travail.

Conditions matérielles d'élevage

Cet enfant, normal à la naissance, a toutes chances de se développer normalement, peut être efficacement protégé. Il va subir pourtant un certain handicap, du fait de la tuberculose de ses ascendants ; surtout si la mère est atteinte. Tous les auteurs qui étudièrent cette question ont noté ce fait, depuis VAN YSSENDICK et DAREMBERG.

Le nouveau-né sera parfois une charge pour sa famille ; une cause de désorganisation matérielle, dans un milieu déjà éprouvé par la maladie.

Il devra être confié à des étrangers, ne pourra être soigné avec la vigilance que seule la mère peut habituellement apporter.

Il souffrira d'un élevage dans un milieu qui n'est pas le sien, ou de la promiscuité des crèches.

Sa mère ne pourra l'allaiter que dans des conditions très spéciales ; non pas que l'allaitement semble beaucoup aggraver la tuberculose. Il n'y a pas de raisons de supposer qu'une femme qui a bien supporté la grossesse ne supporterait pas aussi l'allaitement. Ceci aurait même l'avantage de retarder la reprise des règles, étape délicate à franchir, parfois, pour la femme. Il ne semble pas qu'on trouve fréquemment des bacilles de Koch dans le lait des tuberculeuses, ABRAMOWSKY y a même affirmé la présence d'antitoxines venant protéger le nouveau-né. Malgré cela, ce lait peut être jugé suspect et,

plus encore, les contacts répétés que comporte l'allaitement et qui le rendent une cause habituelle de contamination.

Certains auteurs ont conseillé d'établir une différence suivant la présence ou l'absence de bacilles dans l'expectoration de la mère. Cette division semble assez artificielle. Il n'est rien moins que certain que les tuberculoses, dites fermées, si tant est qu'il en existe, n'éliminent pas par intermittence des bacilles de Koch. Mieux vaut sans doute lui faire courir, à défaut d'une nourrice saine, les risques que comporte l'élevage artificiel.

Nous pouvons donc conclure que, sauf exception négligeable, l'enfant né de tuberculeux semble normal en tous points, l'idée de la valeur médiocre du produit ne peut, à aucun titre, venir interdire le mariage des tuberculeux. Toutefois, comme l'ont dit MM. BEZANÇON et BRAUN, « le foyer familial réalise les conditions les plus favorables pour que se produise la contamination de l'enfant, elle sera d'autant plus facile qu'il sera plus petit ».

Il faut donc envisager de soustraire l'enfant à la contagion, dès sa naissance, en conciliant cela, autant qu'il est possible, avec de bonnes conditions d'élevage.

CHAPITRE V

CONSÉQUENCES DU MARIAGE POUR LE MALADE LUI-MÊME

Ayant envisagé les risques qui menacent le conjoint du malade et sa descendance, il nous faut envisager maintenant les risques que le malade lui-même va courir du fait de son mariage, les avantages qu'il en pourra tirer. Cela touche à des questions trop diverses et trop complexes pour que nous puissions espérer être complet. La plupart des facteurs varient d'ailleurs suivant que l'homme ou la femme est atteint ; quelques-uns sont identiques dans les deux cas.

Nous allons examiner tout d'abord les risques de fatigue sexuelle que peut apporter au malade la vie conjugale, ceci nous permettra d'évoquer une tenace légende.

Nous verrons ensuite les conditions de résidence et de climat qu'impose au jeune ménage la tuberculose de l'un des conjoints.

RISQUES D'EXCÈS SEXUELS

L'opinion populaire prêtait au tuberculeux une activité génitale étonnante que des écrits médicaux confirmèrent. LANDOUZY créa le terme « d'embrasé ». Cette notion devint d'un grand rendement littéraire qui eut son apogée avec un livre de Michel CORDAY.

Un ouvrage d'Octave MIRBEAU décrivit aussi avec un assez grand luxe de détails la mort d'un jeune poitrinaire qu'une hémoptysie foudroie dans un dernier spasme.

Cette croyance fut étayée par quelques données scientifiques : on a attribué, en effet, au bacille de Koch, en dehors de son action pathologique connue sur les centres nerveux, un rôle dans certaines psychoses : la schizophrénie, les démences précoces, l'épilepsie, l'hystérie. Des chimistes trouvant des analogies entre la tuberculine et la spermine, en tirèrent des conclusions sur l'activité génitale de ces malades (GAUTIER).

Récemment encore : JACQUEMIN, continuant les expériences de BUNN de Karkow, établit un rapport étroit entre la tuberculose et la sécrétion interne génitale. Il conclut en conseillant aux tuberculeux l'usage du coït aussi fréquent que possible ! « la glande interstitielle sécrétant d'autant moins que la glande spermatique fonctionne davantage. »

Cette tradition littéraire s'explique assez bien ;

il existe chez les tuberculeux, comme chez la plupart des chroniques immobilisés longtemps par leur mal, le désir d'un appui moral, le besoin d'une affection qui vienne rompre la monotonie de jours tous semblables ». On a prétendu, disait un vieux clinicien, « que les phtisiques des deux sexes étaient essentiellement génitaux, je ne le crois pas ; les phtisiques, dont la maladie est lente, sont des êtres très affectifs ». Le malade aime à être aimé, il désire qu'on s'occupe de lui, qu'on reste à son chevet. Parfois un sentiment de « tendre reconnaissance » l'entraîne sur le chemin de la tendresse. « L'amour c'est le seul soutien du poitrinaire, son seul espoir dans la vie », déclarait LETULLE. M. DUMAREST dit aussi : « nous avons constaté souvent, chez les jeunes malades, un état assez constant que caractérisent essentiellement une exagération de la sensibilité et de l'affectivité ».

C'est sans doute cette affectivité qui fait parfois des jeunes tuberculeux des êtres si attirants ; peut-être crée-t-elle aussi un « terrain moral » particulièrement propice à l'éclosion de la tuberculose. M. BRAUN et M^{me} FREY-RAGU nous citent quelques exemples de ce type rencontré dans des romans du siècle dernier (*Chatterton*, *Mademoiselle de la Ferté*, *la Dame aux Camélias*). C'est le charme maladif, la beauté languissante et fragile chère aux Romantiques. « Pallida, sed quamvis pallida, pulchra tamen » d'Alfred de Musset s'appliquait à une jeune phtisique ; Chateaubriand, Lamartine aimèrent et célébrèrent de jeunes poitrinaires.

Quelques bacillaires de génie nous montrent à l'état de pureté ce type d'êtres pathologiquement émotifs et sensibles (Molière, Mozart, Chopin, Stevenson, Catherine Mansfield). Peut-être même peut-on voir dans cette émotivité, cette sensibilité, les causes premières de leur tuberculose (M. BRAUN).

La vie des premiers sanatoriums de luxe était venue fournir un argument de plus à la thèse de l'« Embrasé ». Une activité sentimentale y régnait, des idylles s'y ébauchaient, des intrigues s'y nouaient, rapidement précisées, rapidement conclues. Le flirt sous tous ses aspects y tenait une grande place. « Dans un sanatorium, comme sur un navire en pleine mer, que ferait-on si on ne flirtait », a dit DUMAREST.

Quoi de plus semblable, en effet, même extérieurement, à un paquebot qu'un sanatorium ; et on s'y embarque pour une durée et une destination inconnues, ce qui relâche au maximum les liens avec le monde normal. La vie est la même, l'individu est arraché à son climat familial et social. Oisif, suralimenté, allongé tout le jour, il peut « cristalliser » à loisir. « Ne faut-il pas faire place dans cet état de choses », disait LETULLE, « à l'inaction imposée au malade, à l'interdiction du moindre effort ».

La même chose se passe dans les stations de sports d'hiver, dans les hôtels des grandes plages, malgré les dérivatifs qu'ici viennent fournir la mer ou la neige. Pourquoi l'éternelle lutte entre la débauche et la dignité, entre la vulgarité et la noblesse de cœur, se résoudrait-elle dans un sanatorium, sous l'effet

d'un prodige soudain, par une totale victoire des forces bonnes ? A cause de la maladie ? Mais la maladie, comme la santé, peut régénérer ou corrompre (BURNAND). Quant à la surveillance médicale, elle ne peut être, dans ce domaine, que bien précaire.

La maladie ne fait qu'accentuer la tendance de l'individu, en lui laissant le temps d'être parfaitement lui-même, sans le frein de la vie sociale de chaque jour. Un hépatique, un cardiaque, un homme présumé sain, placé dans les mêmes conditions de repos et de vie commune, près d'un être de sexe différent du sien, n'agirait-il pas de même ? Le malade qui vient séjourner en sanatorium n'est pas, sauf exception, le classique tuberculeux d'hôpital, décharné et las. C'est un être florissant, d'aspect normal, qui tousse peu, ne souffre pas, a tout le temps pour se soigner, s'habiller, échafauder des projets. Le cadre s'y prête, en général, que le sanatorium soit entouré de montagnes ou de forêts, qu'il soit situé en plein bois ou dans une campagne riante.

Les sanatoriums réservés à des individus d'un seul sexe, que ce soient des jeunes gens ou des adultes, montrent bien la fragilité de la thèse des « Embrasés ». De très nombreux tuberculeux, hommes ou femmes, y demeurent parfaitement chastes sans paraître en souffrir particulièrement. Sans doute même, l'absence des tentations de la vie de chaque jour l'a-t-elle s'assoupir leur tendances génitales. MUSGRAVE CLAY signalait cela il y a longtemps.

Quelques phtisiologues ont constaté pourtant

chez leurs malades « un grand besoin d'épuiser rapidement la coupe des voluptés », « le spectacle répugnant des femmes et d'hommes décharnés, haletants, semblant demander à l'amour une dernière convulsion ». Ne doit-on pas trouver là, comme chez tous les individus condamnés à mort, cet instinct ultime de reproduction, conforme au génie de l'espèce, dont parle M. DUMAREST ? Analogue à celui qu'on observe dans les prisons, par exemple, au cours des révolutions, dans les guerres civiles. Cet instinct qui amène « l'homme traqué » à attirer une femme près de lui. L'amour physique est peut-être là seulement un moyen de se sentir normal, malgré tout.

Le besoin de se sentir normal est d'autant plus net que le bacillaire est resté plus lucide, plus parfaitement conscient jusqu'à un stade avancé de sa maladie, et ce cas est fréquent en dépit de l'opinion de LETULLE qui tirait de son étude psychologique des tuberculeux cette conclusion : « bien avant l'effondrement terminal de ce reliquat d'organes représenté par 45 à 50 kilogrammes de matière humaine, il y a longtemps que chez le phtisique les qualités de l'âme sont définitivement désagrégées ! »

Il ne semble pas qu'une vie sexuelle normale soit préjudiciable au bacillaire stabilisé. DAREMBERG, qui fit une admirable étude de ces questions, nous dit : « chez les tuberculeux cicatrisés, et qui n'ont pas de fièvre, l'acte voluptueux n'est accompagné ni suivi d'aucun changement de température, et il est bien supporté quand ils n'en abusent pas ». Il

va même jusqu'à conseiller aux hémoptoïques de pratiquer l'acte sexuel entre 9 heures du matin et 2 heures de l'après-midi, les encourageant fortement à prendre leur température avant et après. Cet auteur ajoute : « je crois pouvoir dire que les excès alcooliques ou sportifs, le travail exagéré, sont infiniment plus que les excès génitaux, les causes de l'aggravation des bacillaires ».

Il n'apparaît pas d'ailleurs que le mariage soit une cause d'excès génitaux en dehors de la période d'excès de toutes sortes contemporaine du début (Courcoux). Sans aller jusqu'à dire, avec certains, que la satiété physique vient très vite interdire tout excès, il faut reconnaître que l'amour ne s'y accompagne pas des mêmes soucis, du même état d'excitation, des mêmes complications sociales.

L'amour physique se présente sous deux formes, disait un clinicien d'autrefois : « l'amour pain » et « l'amour alcool ». C'est certainement le premier dont il s'agit ici.

Nous pouvons sans doute, paraphrasant Saint Augustin, conclure qu'au point de vue strictement sexuel et pour les tuberculeux stabilisés « l'état de mariage vaut mieux qu'un ardent célibat », et admettre aussi (M. BRAUN) que l'hyperactivité sexuelle des tuberculeux, si tant est qu'elle existe, est due non à la maladie elle-même, mais à la vie qu'elle impose, aux conditions morales qu'elle suppose.

LA RÉSIDENCE ET LE CLIMAT

La notion de la résidence future du jeune ménage, va être d'une importance primordiale, nous ne pouvons la passer sous silence.

Tout différent sera le problème suivant qu'une jeune femme ayant subi une atteinte bacillaire demandera à son médecin l'autorisation d'épouser un employé de sanatorium, ou au contraire un colonial fixé dans une région malsaine par exemple. « Les bons tuberculeux, ceux qui ont de la résistance, guérissent dans tous les climats », a-t-on dit et cela est sans doute exact. Il n'en est pas moins vrai que certains climats leur conviennent mieux que d'autres.

Tout d'abord, peut-on permettre le séjour en ville ? Dès le XVIII^e siècle ROUSSEAU écrivait dans « Emile » : « Les villes sont des gouffres de l'espèce humaine, au bout de quelques générations les races y périssent ou dégénèrent ».

LAENNEC dit aussi : « La phtisie est incontestablement plus commune dans les grandes cités que dans les petites, et dans celles-ci que dans les campagnes ». Plusieurs auteurs ont d'ailleurs noté que, dans chaque ville, la mortalité par tuberculose varie d'un quartier à l'autre, 11 pour 10.000 aux Champs-Élysées et 104 pour 10.000 dans les quartiers populeux, avait établi SABOURIN. Le surpeuplement est sans doute pour une part dans ces énormes diffé-

rences. Elles semblent dues beaucoup moins à la cité elle-même qu'aux conditions de vie qu'elle impose, qu'au brusque changement d'activité auquel elle oblige le provincial. L'histoire des jeunes paysannes que leur mariage amène à Paris et qui y deviennent tuberculeuses est désormais classique. Sur 12.419 tuberculeux morts à Paris en 1901, 7.483 étaient des provinciaux arrivés depuis peu.

Le jeune couple évitera donc autant que possible la vie dans une grande ville, et si d'impérieuses obligations morales ou économiques l'y appellent, de n'y vivre qu'avec une activité très modérée, au début tout au moins.

Bien souvent le séjour dans leur pays natal s'avère favorable pour les tuberculeux. Le retour au village suffit à améliorer la tuberculose des transplantés. M. DUMAREST cite à ce sujet l'histoire d'un montagnard venu se placer à Lyon, qui y fit une évolution bacillaire. Renvoyé dans son pays il pût y cumuler les métiers assez inattendus de chasseur de chamois et de guide ! Cela sans inconvénient.

Il vaudra mieux conseiller au jeune couple une résidence de montagne, veillant toutefois à ménager une période d'observation durant laquelle une perte de poids accentuée, le nervosisme, les insomnies, des troubles cardiaques pourront venir contre-indiquer l'altitude que les jeunes femmes émotives, hyperthyroïdiennes supportent souvent mal.

Dans une étude sur les climats, DARLEMBERG re-

commande au ménage de tuberculeux quelques stations climatiques, et vante leur charme avec un lyrisme qui n'est pas habituel en littérature médicale.

Il écrivait, évoquant *Menton* : « Au printemps, c'est une joie de s'asseoir sur l'herbe touffue et moelleuse, au milieu des menthes bleues, des petites fougères dentelées, des chevelures de Vénus tout emmêlées de pâquerettes blanches, rouges, ou violettes. Les citronniers sont chargés de pommes d'or clair, et les fraisiers commencent déjà à montrer, au dessus de leurs feuilles brillantes, des fruits aux granules roses ». A Thorenc, ajoute-t-il, « des sources se répandent au milieu des clochettes bleues, des lavandes violettes, des sorbiers aux grappes rouges, des buis aux branches noueuses et noires ».

Il termine en concluant qu'il ne faut pas être intransigeant. « Ubi bene ibi patria », a-t-on dit. Cette formule valable pour les tuberculeux ne dépend pas seulement de considérations météorologiques. « L'avis du malade doit aussi entrer en ligne de compte ». On ne saurait trop insister sur l'importance du facteur moral, dans le choix d'une station (BEZANÇON et BRAUN). Laisser le malade là où il se sent bien, se porte bien ; et lui permettre de tenter tout au moins un essai de séjour dans le pays qu'il préfère.

Les stations climatiques ont le grand avantage de permettre au conjoint malade de se sentir normal, de vivre dans le calme, dans un demi-repos sans être considéré comme un paria. Elles ont l'avantage aussi

d'offrir, dans un milieu propice à la cure, un outillage médical complet et une surveillance médicale.

Le climat marin. — Le jeune ménage viendra parfois demander à son médecin l'autorisation de vivre au bord de la mer. L'influence du climat marin sur la tuberculose est une question débattue depuis l'Antiquité.

PLINE, CELSE, recommandaient aux phtisiques les côtes d'Égypte. ARÉTÉE les voyages en mer. Pour LAENNEC « les bords de mer, surtout dans les climats doux et tempérés, sont, sans contredit, les lieux où l'on a vu guérir le plus grand nombre de phtisiques ».

A notre époque les médecins américains recommandent aux tuberculeux Tahiti, les Philippines. Certains médecins anglais font partir leurs malades pour les Baléares, les Açores.

La seule idée d'envoyer au bord de la mer un tuberculeux, même stabilisé ou guéri, épouvante pourtant beaucoup de médecins français. Le séjour sur les plages, sans aucun doute, a donné des désastres, réveillé des bacilloles assoupies. Mais ne faut-il pas faire la part de la vie qu'on y mène ?

Des citadins non entraînés se mettent brusquement à vivre en plein soleil, pratiquent les sports à outrance, mènent une vie de fatigues continuelles. La responsabilité de l'air marin semble compter bien peu, auprès de tous ces excès.

Cependant avant d'autoriser le jeune ménage à vivre définitivement au bord de la mer, il sera bon d'exiger plusieurs mois d'observation.

D'autre part un climat réputé malsain peut convenir à ses autochtones. Avant d'interdire à un malade le séjour dans son pays il faut lui laisser faire l'épreuve du climat. Témoin ce martiniquais quittant Leysin envers et contre tous, pour aller mourir dans son île, et qui y travaille depuis plusieurs années.

Enfin si le malade, tuberculeux fibreux stabilisé, mène sans inconvénient, depuis longtemps, une vie normale, fatigante même, dans une grande ville, il serait préjudiciable de lui imposer, du fait de son mariage, un changement de résidence ; ce qui pour un gain climatique incertain troublerait sa carrière, sa vie sociale, son existence déjà fixées.

LE MARIAGE D'UNE JEUNE MALADE ET D'UN HOMME SAIN

Envisageons, tout d'abord, le cas où une jeune fille tuberculeuse est demandée en mariage. Transposant un aphorisme célèbre on a dit parfois : « il faut aux tuberculeuses : jeune fille pas de mariage, femme pas d'enfant, mère pas d'allaitement. Si cela reste encore vrai pour certaines formes de tuberculose, il n'en est pas toujours ainsi. Le mariage de la jeune malade, s'il présente pour elle des inconvénients et des risques, présente aussi des avantages que nous ne pouvons négliger. Nous allons évoquer ici les uns et les autres et tenter d'en faire le bilan.

Le mariage aura tout d'abord, pour la jeune fille sans fortune, le mérite de venir lui faciliter les conditions matérielles de vie, de lui enlever les soucis pécuniaires d'avenir. Elle ne sera plus à la charge de ses parents. La situation de son mari lui permettra parfois de vivre dans une plus grande aisance, avec moins de fatigue qu'auparavant. Le mariage lui assure aussi un appui précieux. La morbidité, bien connue, des femmes célibataires s'explique assez par les rudes conditions que la vie impose à la femme isolée.

Si elle vit dans sa famille, la jeune tuberculeuse sera en butte à une sollicitude de tous les instants, venant continuellement lui rappeler son mal, lui renouveler le sentiment de son infériorité. D'autre part, si elle est fille unique elle deviendra pour ses parents le grand centre d'intérêt. Elle subira bientôt aussi « cette hypertrophie, et cette hantise du moi dont parle M. DUMAREST, qui chez les êtres moyens aboutit rapidement à une sorte d'égoïsme », aboutit aussi à confiner la malade dans son mal, qu'elle arrive à considérer comme une supériorité, à la rendre odieuse pour tous. C'est dans cette classe de malades que vont se recruter souvent les mystiques dont parle BURNAND : « Aux intérêts temporels, aux relations humaines devenues lointaines, le cœur ne s'adapte plus avec exactitude. La malade par un curieux phénomène de transfert s'évade, une fois pour toutes, vers un autre domaine de pensées purement imaginaires, transcendantes. Cette évasion vers

le monde d'extase est l'une des plus périlleuses conséquences d'une maladie trop longue. A ces mystiques la guérison apparaît comme une chute à plat, une « disgrâce ». Le mariage pourra, en leur apportant des espoirs et des joies terrestres, rendre ces malades à une conception plus normale de la vie, et de ses obligations.

Le mariage donnera à toute jeune malade l'impression de rentrer dans la norme, de n'être plus isolée par son mal. Elle ne sera « plus envahie par le chagrin, le dépit, en voyant ses compagnes à la tête d'une famille, ce qui la laissait triste, désœuvrée, aigrie » (DAREMBERG). Elle ne sera plus un objet de pitié condescendante, aura la vie sociale de tout le monde. Elle pourra même envisager l'espoir d'avoir des enfants, sans encombre.

TUBERCULOSE ET GROSSESSE

Les idées ont bien évolué sur ce point, depuis le temps où MAURICEAU écrivait : « l'accouchement est le mauvais port où périssent les femmes qui ont une méchante poitrine », où TARNIER interdisait le mariage aux jeunes filles « délicates de la poitrine ».

Cette opinion gardait toute sa force lors des Congrès de Rome (1912), de Munich, de Berlin (1914). Malgré quelques réserves de PINARD et BONNAIRE, elle prévalait encore en 1920, après la création des liaisons sociales entre hôpitaux, maternités et sanatoriums. SABOURIN avait écrit pourtant : « La plu-

part des médecins quelque peu blanchis sous le harnois connaissent des femmes, tuberculeuses avérées, qui ont mené à bien une ou plusieurs grossesses, ont allaité, et ne s'en trouvent pas plus mal ». LÉON BERNARD avait établi une distinction à ce sujet, entre diverses formes de tuberculose. C'est à M. DUMAREST surtout que revient le mérite d'avoir résolu ce problème, en le posant de manière plus rationnelle. Si le Congrès de Lausanne de 1923 marquait encore quelques divergences, l'accord semble actuellement fait sur la formule qu'il résumait ainsi dans un travail récent :

1^o une importante proportion de tuberculeuses supportent la grossesse, sans que l'affection pulmonaire en soit influencée. Ce sont en règle générale les tuberculoses fibreuses, inactives et stabilisées, ou peu actives, même quand les lésions sont anatomiquement importantes et anciennes.

2^o la grossesse est, au contraire, le plus souvent funeste, dans le cas de lésions offrant un caractère progressif nécrosant, et destructif ; surtout si ces lésions sont récentes et, plus encore, si leur début est contemporain du début de la grossesse.

3^o dans un certain nombre de cas de la première catégorie, ou beaucoup plus rarement de la seconde, la grossesse semble exercer sur la maladie une influence favorable.

Nous verrons plus loin que c'est uniquement pour des malades de cette première catégorie que l'autorisation médicale du mariage peut raisonnablement

être envisagée, mais M. DUMAREST dit aussi : « J'ai vu pour ma part beaucoup de femmes sérieusement atteintes mener à bien plusieurs grossesses successives, sans en éprouver d'inconvénients, souvent au contraire, la grossesse marque pour elles une période de santé exceptionnellement favorable ». Là encore va se retrouver l'influence des conditions morales, des facteurs sociaux. Comme l'a écrit M. JAQUEROD : « lorsque la malade désire la grossesse, les choses se passent bien ». Autant, en effet, la grossesse pourra être pernicieuse pour une fille-mère isolée, abandonnée de tous, moralement et matériellement ; autant elle deviendra un réconfort pour une jeune femme choyée, rassurée, vivant dans de bonnes conditions, et à qui cette grossesse apportera un bonheur souvent inespéré.

Le problème de la gestation des tuberculeuses a été encore transformé et complètement par l'avènement du pneumothorax artificiel, et par l'extension de ses indications.

Ces données récentes ont entièrement changé aussi le problème du mariage des tuberculeuses, puisque, comme l'a dit M. GENÉVRIER, « autoriser le mariage des tuberculeuses, en leur interdisant la maternité, est une impossibilité morale et une absurdité ». La perspective de l'avortement provoqué jugé salubre venait inquiéter les jeunes femmes tuberculeuses dans leur vie physique, dans leur vie morale, dans leurs aspirations religieuses, jusqu'au jour où la majorité des médecins s'est mise d'accord

pour reconnaître avec M. BEZANÇON que l'avortement « le plus souvent inutile chez les tuberculeuses est parfois dangereux ».

Outre ces avantages, le mariage va apporter à la jeune fille tuberculeuse cette euphorie physique qu'éprouve tout malade à vivre dans l'intimité d'un être sain, cette impression de sécurité, de quiétude qu'ont signalées, à défaut d'ouvrages médicaux, quelques littérateurs.

Avant d'admettre le mariage d'une tuberculeuse, on devra veiller à ce que le partenaire ne considère pas cette union comme une opération commerciale. Il est toujours désastreux pour la malade d'être épousée pour sa dot.

A ce point de vue le cas est tout différent selon que le fiancé a connu et aimé la jeune fille, avant qu'elle ne soit malade ; ou au contraire demande en mariage une jeune fille qu'il n'a connue qu'après sa maladie. Cette dernière éventualité paraît, sauf quelques exceptions honorables, comporter davantage de risques.

Nous devons signaler dès maintenant, pour y revenir plus longuement par la suite, qu'il est capital de demander à la jeune fille, et à sa famille, la plus entière loyauté. Il ne peut être question de dissimuler au futur mari une atteinte bacillaire ancienne même si elle paraît n'avoir pas laissé de traces. Cette franchise qui paraît élémentaire est loin d'être de règle. Elle doit bien souvent être provoquée, exigée même.

Il faudra, d'autre part, que l'état physique de la

jeune femme lui permette, sinon une grande activité tout au moins les apparences d'une existence normale. Elle devra pouvoir accompagner son mari, l'aider dans ses obligations mondaines, de façon qu'il ne souffre de la maladie de sa femme ni dans sa vie sociale, ni dans sa vie intime.

La connaissance du fiancé va ainsi être d'une grande importance. Le médecin ne devra pas hésiter à se le faire présenter. Tout au moins s'inquiéter de son âge, de son métier, de ses habitudes de vie.

La jeune mariée devra réaliser que si une activité modérée lui est permise, elle ne doit pas profiter de la fin d'une surveillance familiale pour entreprendre avec son mari une existence de sportive ou de mondaine.

Une rechute serait, au point de vue familial, plus grave pour la femme que pour l'homme. Si la femme joue assez volontiers le rôle d'infirmière, auprès d'un mari malade, l'homme que son travail retient au loin tout le jour admet mal d'avoir encore des occupations domestiques qui l'attendent.

Il aura tendance à délaisser son foyer. Il recherchera des distractions à l'extérieur. Souvent, dans certaines classes surtout, il en arrivera à reprocher à sa femme d'être malade, à l'abandonner.

Si le ménage a des enfants les conséquences seront plus sérieuses encore. La maladie du père entraîne pour les enfants de grosses difficultés économiques. Elle n'a cependant pas la répercussion terrible que comporte pour les petits l'absence maternelle.

Il est donc capital d'être plus exigeant quant à l'état de santé de la jeune fille. Il faut lui demander, vis-à-vis de son futur mari, une parfaite franchise. La faire reposer complètement en cas de grossesse. Veiller enfin à ce que le futur époux présente, autant qu'on en peut juger, les garanties morales et sociales voulues.

Moyennant tout cela nous pouvons conclure avec WAND : « Marriage has, if anything, a beneficial effect on tuberculosis, for women ».

UNION D'UN MALADE ET D'UNE JEUNE FILLE SAINÉ

Voyons maintenant le cas, où un homme malade veut épouser une jeune fille saine, il est fréquent. La femme accepte, plus volontiers que l'homme, l'idée d'une union avec un malade, soit qu'elle l'aime assez pour passer outre, soit que cette maladie réponde à l'instinct de dévouement qui existe chez la plupart des femme, et se donne d'ordinaire libre cours dans la maternité. Parfois, la jeune fille espère trouver près d'un malade une vie plus calme, plus douce, plus familiale qu'auprès d'un homme sain.

Parfois aussi elle veut, avant tout, se marier, acquérir une situation sociale, et est prête, pour cela, à passer sur les tares du partenaire.

LES AVANTAGES. — Le malade et sa famille ont tendance, bien souvent, à ne voir dans ces mariages qu'un moyen d'avoir à domicile à peu de frais une

infirmière dévouée, d'obtenir divers avantages matériels ou moraux. Ceux-ci ne sont pas négligeables, en effet. Le mariage va enlever le malade à l'influence dangereuse parfois de ses camarades ; à toutes les tentations que la vie offre au célibataire jeune.

De nombreux auteurs ont insisté sur l'importance de ce facteur d'aggravation qu'est le célibat pour l'homme. « En dehors du mariage, disait DAREMBERG, ce qui fatigue le phtisique, ce sont les soirées passées dans les lieux de plaisir public, les longues stations dans les cafés, les soupers ; tous ces plaisirs recherchés par les gens qui n'ont pas de foyer, « car rien ne le retient dans le foyer triste, vide et propice aux idées noires du célibataire. »

FONSSAGRIVES, WOLFF, voyaient aussi dans le mariage une garantie de modération. Laënnec y voyait un moyen d'éviter « ces passions tristes » dues « aux mauvaises mœurs, à la mauvaise conduite en tous genres, qui sont souvent la cause de regrets amers ».

Comme le fit remarquer DAREMBERG, si le médecin refuse au Tuberculeux l'autorisation de se marier, et si le malade obéit, on ne pourra cependant exiger de lui une existence monacale. « Le mariage légal n'est pas la seule forme de vie en commun mise à la portée des humains. Un tuberculeux a moins de chances de trouver dans une union passagère que dans le mariage une femme simple et tranquille qui lui procurera une vie douce et paisible, exempte de fatigues et d'imprudences. »

Il est certain que son genre de vie va être capital pour l'avenir lointain du malade, c'est ce qu'exprimait, au ^{xvii}^e siècle, Lazare MEISSONNIER, en écrivant : « La Phtisie récente, à un homme de bonne habitude, tenant régime, seule est guérissable. »

A côté des tuberculeux ayant trop tendance à traiter leur maladie par le mépris, à côté des imprudents qui négligent les prescriptions médicales, les obligations de la cure, il existe une autre catégorie de malades auxquels le mariage sera salulaire, ce sont les tuberculeux « installés » dans leur tuberculose, ceux pour qui la maladie est devenue une condition normale.

Nous ne sommes même pas capables d'être longtemps malheureux a dit CHATEAUBRIAND. L'homme a une tendance nette à s'accomoder de toute situation, à s'y accoutumer, à en voir les côtés séduisants, à en tirer des joies. On ne peut rendre la vie sanatoriale admissible qu'en s'y créant des occupations, des distractions qui remplacent celles de la vie courante. Ceci est encore plus vrai, du tuberculeux qui fut, jusqu'à sa maladie un homme terne. Habitué à être tenu pour quantité négligeable, à n'être écouté par personne, désespérément banal. La tuberculose est le premier événement qui lui ait permis de se juger important, intéressant. Il contemple dédaigneusement les ennuis d'autrui, sourit aux doléances de son entourage. Ses radiographies, son poids deviennent pour lui la chose la plus passion-

nante du monde, sa conversation s'émaille de termes médicaux. C'est le tuberculeux conscient et organisé. BURNAND qui en décrit un bel exemple écrit à propos de ce type de malade : « La tuberculose est sa première réussite, d'un être sans valeur, elle a fait un homme digne d'intérêt, d'un anonyme un peu négligé de sa famille et de ses amis, elle fait un sujet autour duquel on s'empresse. Lui, conscient de cette ambiance qui le soustrait aux luttes communes de la vie, luttes auxquelles il aurait succombé, s'en pare comme d'une dignité, s'en glorifie comme d'une victoire. »

Le danger est que parfois pour ces malades la vie normale cesse d'être normale, c'est la vie de cure qui l'est devenue. Les visites de parents, d'amis, n'arrivent plus à les intéresser aux préoccupations des « vivants » à leur agitation, à leurs luttes quotidiennes. Ils considèrent leur existence comme une succession indéfinie de vacances dans un paysage de leur choix ; sans heurts, sans autres soucis que ceux de leur maladie. Ils n'attendent rien, n'envi-sagent même plus l'idée de se refaire une autre vie, certains s'étaient ainsi installés dans la guerre.

Tous les sanatoriums connaissent de ces inamovibles que quelques tentatives timides de retour à la vie des villes ont ramené bien vite « la chronicité de la maladie leur a peu à peu inspiré le désir de la chronicité du repos » et nous ne pouvons nous dispenser de citer à ce sujet quelques phrases de M. DUMAREST, écrites il y a quelques années, mais

qui deviennent plus vraies chaque jour. « On ne dira jamais assez quels désastres engendre cette doctrine aujourd'hui officielle de la nécessité et du droit au repos absolu et indéfini pour tous les malades, une fois étiquetés tuberculeux. C'est une hérésie médicale dont les conséquences vont être de plus en plus funestes à mesure que les tuberculoses bénignes étant mieux connues et plus souvent diagnostiquées, le nombre des tuberculeux va s'accroître. C'est une hérésie morale que de condamner au repos perpétuel des gens qui peuvent et doivent gagner leur vie, c'est enfin une hérésie sociale que de fabriquer par milliers des parasites oisifs, et de faire du sanatorium une école de paresse organisée et définitive, alors qu'il devrait être l'asile de cure des manifestations évolutives du tuberculeux en état d'activité.

L'inaction a-t-on écrit n'est pas seulement la mère de tous les vices, elle est aussi la cause de toutes les neurasthénies, de toutes les pensées néfastes, de toutes les désespérances.

Le mariage, bien souvent rendra à ces oisifs « chroniques » le goût de la vie et du travail, les ramènera à une conception normale de l'existence. Sous l'influence des responsabilités nouvelles, la phobie de l'effort disparaîtra, le malade reprendra la conscience, et l'orgueil de sa vie sociale, son amour-propre d'homme. Cela est encore plus exact, dans les classes populaires où l'idée de maladie s'associe plus invinciblement à l'idée de repos.

LES RISQUES. — Après avoir évalué quelques-uns des avantages du mariage, pour les tuberculeux, il nous faut passer en revue des inconvénients, des risques, qui sont loin d'être négligeables.

Si le mariage a pu encourager le malade à reprendre une activité normale, sans lui causer de préjudice, il ne doit pas accabler l'homme sous le poids de nouvelles obligations, de charges écrasantes. Il ne doit pas lui faire perdre de vue les nécessités de prudence qu'impose son passé de malade. Ici encore, la tuberculose va se révéler une « maladie de riches ». Le malade revenu à la vie devra pouvoir travailler dans le calme, sans une perpétuelle angoisse du lendemain. Il devra pouvoir se faire surveiller médicalement, se reposer à la première alerte. Ses ressources ou son métier devront lui permettre d'envisager avec sérénité un repos de quelques mois, même s'il est devenu père de famille. Nous voyons ici l'importance du choix judicieux d'un métier convenant au tuberculeux chronique, mais cette étude déborde du cadre de notre travail.

Le problème va se poser différemment suivant ce que sera, moralement, socialement, physiquement même la future femme de notre malade. Il devra soigneusement éviter la jeune fille « qui se marie pour se marier ». La douceur, la bonté, la patience seront les premières qualités à exiger de la jeune fille, et le sacrement ne les confère pas toujours ! (M. DUMAREST).

La jeune femme devra savoir s'astreindre à re-

noncer, pour longtemps aux joies mondaines, aux spectacles, aux sports, aux fréquentes sorties du soir. Elle devra savoir éviter tout heurt, toute peine à un homme, qu'une habitude de malade a souvent rendu égoïste ; sacrifier en somme quelque peu de sa jeunesse, de son activité.

Le cas est fréquent de femmes, qui sans être pour cela des saintes : trouvent en elles assez de tendresse, assez de douceur pour abdiquer un peu de leur vie au profit du malade, lui aplanir les difficultés de chaque jour, l'aider dans ses entreprises.

Comparé à cela, rien ne paraît plus lamentable que l'existence du malade associé à une partenaire trop frivole, trop puérile, ou plus simplement trop avide de vivre sa vie intensément.

Aux angoisses physiques s'ajoutent alors les souffrances morales. En cas d'aggravation, de rechute, aux inquiétudes que ressent le malade, d'avoir à renoncer à sa vie habituelle, à sa situation, à ses ambitions s'ajoute l'inquiétude de voir en même temps sa vie sentimentale s'écrouler. Témoin ce tuberculeux chronique floride, qui s'obstinait à un travail harassant, en ville malgré les objurgations de son médecin. Celui-ci ayant insisté un jour obtint cette réponse : « Je connais ma femme, je l'aime, elle est faite pour vivre dans le luxe, ne peut s'en passer. Si je ne puis continuer à lui assurer sa vie habituelle, elle souffrira ou me quittera. » Elle ne s'en alla pas, mais il en mourut.

Il semble ressortir de tout ceci que si le mariage

présente pour le tuberculeux stabilisé de nombreux avantages, il n'est pas sans risques ; nécessite certaines conditions économiques, nécessite aussi des qualités morales de la part de la jeune femme. Le pronostic lointain de la tuberculose dépend du malade autant et plus que de la maladie, dit-on. Pour le tuberculeux marié, il dépend aussi de sa femme.

LE MARIAGE DE DEUX MALADES

Le cas est fréquent de deux Tuberculeux qui se sont connus en sanatorium, ou ailleurs, se sont plu malgré les misères, les laideurs de la maladie, et veulent associer leurs existences tarées.

SABOURIN envisageait cette éventualité avec assez d'optimisme. « J'affirme hautement que depuis trente ans, j'ai vu se faire nombre d'unions entre tuberculeux, et je n'ai jamais eu à déplorer de désastre. » VAN YSSENDICK, avant lui, tirait des conclusions favorables de l'examen d'un grand nombre de cas du même genre. En effet, quelque étonnant que cela puisse paraître, cette solution est loin d'être mauvaise, mais elle est dominée par des considérations matérielles et par le souci d'une éventuelle descendance.

Pour le Tuberculeux, épouser une malade lui permet d'avoir toujours près de lui un être qui partage son existence, subisse les mêmes obligations

de climat, de résidence, de repos, de genre de vie. « Ils sont moralement dans une situation équivalente » (M. DUMAREST). Tous deux ont connu les mêmes anxiétés, les mêmes soucis, tous deux réalisent ce qu'est la maladie.

Ils pourront éviter ainsi cette pénible impression de n'être pas compris par leur entourage. Les parents les plus dévoués ont souvent cet entêtement dont parle GRANCHER qui amène « à refuser d'admettre que quelqu'un qui vous touche de près puisse subir la loi commune ». Il y a là une sorte d'amour-propre très spécial, un sentiment singulier, mais très réel qui nous pousse à ne pas accepter les faits qui nous gênent, comme si, en les niant on les empêchait d'exister (GRANCHER) ; c'est ainsi que chaque malade est dans sa famille, isolé et ennuyé ; cette tristesse est aggravée encore par le spectacle d'un entourage de gens bien portants et occupés. Le malade se compare à eux, envie leur activité, leur gaîté, leurs distractions. La sollicitude de ses proches, leur pitié affectueuse, mais importune, lui rappellent, sans le vouloir, constamment son état (DUMAREST). Le Tuberculeux souffrira aussi d'être pour ses parents une cause de tristesse et une charge morale.

Le fait, au contraire, de voir un autre malade partager à chaque heure du jour ses ennuis, ses misères, lui laisse l'impression d'une loi commune, il se sent normal.

Les deux époux pourront s'entr'aider, s'appuyer l'un sur l'autre, s'éviter des peines, résister à ces

périodes de dépression où le malade trouve la cure intolérable, la vie sanatoriale odieuse, où il ne croit plus en sa guérison, où il sent le désir de tout abandonner ; par orgueil, par lassitude ou par mépris.

Ils sont assez nombreux d'ailleurs ces couples qui ont associé leurs bacilles et leur avenir incertain, on en trouve dans tous les sanatoriums comme employés, comme pensionnaires, dans toutes les stations climatiques. Tels ces Tuberculeux dont parle BURNAND, qui se sont connus à Davos ou à Hauteville, ont vécu ensemble à Leysin ou à Passy, à Grasse ou dans les Landes, en Égypte même ou en Italie, car il existe une sorte d'aristocratie cosmopolite du bacille de Koch.

A quoi servirait de séparer ces malades, isolés contre leur gré, exilés loin l'un de l'autre, ils souffriront, « auront un état psychique déplorable, ne se soignant pas, ou se soignant mal, tandis qu'en s'épousant, ils accumulent toutes chances de guérison » (SABOURIN)

Il est évident que cette association nécessite une situation matérielle assurée, un budget équilibré d'avance que ce soit par la fortune d'un des conjoints, ou par une situation fixe compatible avec l'état de santé de l'homme ou de la femme. Bien des médecins de sanatorium, par exemple, se trouvent dans ce cas. « Au-dessus de ces unions plane, favorable à la cure, un état psychique qui eût fait défaut si le mariage n'avait pas eu lieu. »

La naissance d'un enfant sera pour cette associa-

tion de malades une source de difficultés non que cela semble apporter de gros risques à la mère, ni à l'enfant une tare héréditaire ; mais le nouveau-né devra courir de grands dangers de contagion, ou vivre séparé de sa mère et de son père à la fois. Il est à craindre qu'en présence de cette éventualité, le plus valide des conjoints ne veuille améliorer la situation économique du couple, ne se remette au travail et ne se surmène, ce qui peut apporter des désastres. Hormis ce cas, le mariage de deux Tuberculeux est souvent favorable. La procréation peut être envisagée après une longue période de stabilisation contrôlée.

Dans ces unions le rôle du médecin, s'il est consulté, sera d'évaluer discrètement le budget du ménage, et d'envisager l'état de santé des deux conjoints, avant d'accorder son autorisation, encore devra-t-il se montrer libéral, car, comme l'a dit M. DUMAREST « des mariages conclus sans notre aveu, ou même contre notre gré, quelques-uns sont prospères et infligent ainsi un démenti formel aux appréhensions qu'ils pouvaient susciter ».

LES MARIAGES « IN EXTREMIS »

Nous ne pouvons abandonner ce chapitre sans évoquer une modalité spéciale du mariage des Tuberculeux. C'est le cas où l'autorisation médicale est sollicitée par un malade grave que ses lésions condamnent à une mort certaine, à plus ou moins brève échéance.

Si ce cas est plus fréquent qu'on ne l'imagine, c'est qu'il s'agit en général d'une situation psychologique particulière. L'intérêt y joue souvent un rôle, rôle odieux quand le mariage ne sert qu'à capter un héritage, une dot, en échange de quelques illusions, rôle acceptable quand cette union vient remercier une infirmière dévouée, une amitié, demeurée constante dans l'écroulement de la vie du malade.

Parfois, dans une liaison créée au sanatorium, le moins atteint a tenu à offrir au plus atteint son nom, par bonté ou par pitié.

Ailleurs, il s'agit de régulariser une union ancienne

dans un but moral ou religieux, d'apporter une espérance dernière. Un vieil adage médical résumait en ces termes le traitement de la Phtisie avancée : « Opium et Mentiri. » Le conjoint vient aider le médecin à cacher au Tuberculeux la gravité de son état.

Parfois encore le mariage n'est pour ceux qui le réalisent, « ni une simple convention, ni une formalité terminale » (BURNAND). Il s'agit alors de malade qu'on a leurré trop longtemps sur leur état de santé, ou « d'exaltés résolus, pour lesquels une interdiction médicale sera d'un poids nul » (L. BERNARD). Ils veulent, malgré la maladie, malgré leurs conditions d'existence, être normaux, vivre leur vie. Ceci se borne bien entendu à des illusions, sauf dans quelques cas exceptionnels. Peut être parfois cette espérance de guérir dont Voltaire disait qu'elle est la moitié de la guérison, a-t-elle réalisé des miracles.

Mais ceci ne suffit pas à excuser cela. Le mariage des Tuberculeux graves, aux cas où on sollicite un avis médical, ne peut être ratifié que « sous l'empire d'obligations sociales et morales, ou par ce fait que l'un et l'autre des futurs époux, n'ont au point de vue sanitaire, rien à perdre absolument », il est alors capital de laisser faire (SABOURIN). Ces cas demeurent l'exception.

CHAPITRE VI

LES CONDITIONS DE CES UNIONS

Après avoir examiné les avantages et les risques que comporte le mariage, pour le malade, le conjoint, la descendance, il nous faut voir sous quelles conditions ces unions peuvent être autorisées, voir aussi l'attitude que devra adopter le médecin.

L'importance du rôle médical va varier suivant la façon dont le problème se pose. Ou bien le malade, déjà fixé, veut épouser la jeune fille de son choix. Il désire alors uniquement faire sanctionner une résolution déjà prise ; décidé le plus souvent à passer outre, en cas de refus. En présence de cette attitude, le médecin ne doit pas craindre d'être sévère dans l'exposé des risques. Il doit tenter de limiter les dégâts en imposant des délais aussi longs que possible, sachant que le malade n'aura que trop tendance à les abréger de lui-même.

Ou bien, plus simplement, le Tuberculeux veut savoir s'il pourrait éventuellement se marier, sans

avoir pour cela de projet précis. En ce cas l'avis médical a la valeur d'un ordre. Il n'en doit être pesé qu'avec plus de soin.

Quelques auteurs, ayant réalisé l'importance de la solution d'un tel problème, ayant réalisé, aussi, la gravité des rechutes ultérieures chez les malades mariés, se sont efforcés de délimiter suivant la forme des lésions, des règles précises de temps.

Ces règles vont, bien entendu, concerner des Tuberculoses en état de guérison apparente. On ne peut sauf cas d'espèce ou obligation morale, autoriser le mariage de Tuberculeux bacillifères évolutifs. Nous allons citer quelques-unes des formules qui furent préconisées.

VAN YSSENDICK exigeait un temps d'observation de trois années.

DAREMBERG admettait le mariage après une période silencieuse de quatre ou cinq ans, mieux encore après dix ans de parfaite santé.

POUR SABOURIN : « l'avarié, bien soigné et pendant longtemps, bien éloigné de tout accident spécifique, en belle santé apparente, peut contracter union. »

GRANCHER demandait une période de guérison clinique de deux à trois ans.

Des auteurs allemands admettent qu'un phtisique qui a conservé sa capacité de travail durant cinq années consécutives, peut être considéré comme cliniquement guéri.

M. COURCOUX propose un délai de quatre ans sans

nouvelle manifestation bacillaire, pour un sujet ayant eu une pleurésie séro-fibrineuse. Pour un tuberculeux pulmonaire, dit-il, on ne peut autoriser le mariage que s'il est resté quatre ou cinq ans tout à fait stabilisé.

Des délais encore plus variables ont été préconisés pour les Tuberculeux ayant subi des interventions chirurgicales, pour les malades porteurs de pneumothorax, ou ayant cessé depuis peu ce mode de traitement.

Ces quelques exemples montrent bien la difficulté d'énoncer des limites de temps applicables à tous les cas. Les données du problème ne sont jamais identiques, lorsqu'il s'agit d'une affection essentiellement polymorphe comme la Tuberculose. A plus forte raison, semble-t-il artificiel, d'unifier par des décrets ces divergences médicales comme quelques États l'ont tenté.

Léon BERNARD, ayant noté combien ces fixations de délais demeurent arbitraires, a groupé à ce point de vue les Tuberculoses pulmonaires chroniques en quatre catégories distinctes :

La première englobant ces formes lentement évolutives, qui parfois durent 20 ans ou plus.

La seconde : les formes communes qui s'achèvent en deux ou trois ans.

La troisième catégorie comprend les « guérisons cliniques » qu'elles soient spontanées ou résultent d'une thérapeutique quelconque. Dans le quatrième

groupe enfin, il fait entrer les formes frustes (sclé-
roses non évolutives, états-séquelles).

La question de mariage, ajoute-t-il, ne peut être
discutée que pour les malades de ces deux derniers
groupes.

CHAPITRE VII

LE ROLE DU MÉDECIN

Dans ces limites, l'appréciation de chaque cas va être laissée à la perspicacité du clinicien. Le médecin devra donc, avant tout, connaître parfaitement l'état de santé du Tuberculeux candidat au mariage. Pour cela ne pas se borner à un examen sommaire, mais utiliser tous les moyens cliniques et radiologiques dont il dispose. Les données bactériologiques tiendront aussi une grande place. Elles ne devront pas se limiter à une analyse unique des crachats, mais comporter des cultures, des inoculations répétées au besoin. Le médecin devra tenir compte de l'état général de son client, de sa capacité de travail, de sa résistance.

Ceci fait, s'attacher à connaître le caractère du malade, du futur conjoint. Envisager, aussi les bases morales, sociales, économiques de cette union.

A ce sujet, il convient de noter avec M. DUMAREST « qu'une négociation aussi complexe et dans

laquelle il faut faire entrer en ligne de compte des éléments si divers, exige de la part des intéressés une loyauté entière ». Cette franchise conforme à l'honnêteté, conforme à la simple correction, sauvegardera aussi les intérêts du malade. Bien qu'elle réalise une mesure de prudence élémentaire, elle est pourtant parfois très difficile à obtenir. « Les parents les plus honorables, les plus religieux, cachent en ce cas la vérité sans aucun scrupule » (DAREMBERG). Espérant sans doute en négligeant d'évoquer leurs ennuis les faire disparaître.

D'autre part, la belle famille, qui n'hésitera pas à demander toutes précisions sur la dot, l'apport matériel et les espérances de la jeune malade, aura bien rarement l'idée d'exiger le plus modeste contrôle médical. Ces négligences permettent de véritables abus de confiance, que le conjoint sain ne pourra, par la suite pardonner au malade. Une tuberculose ancienne révélée à l'occasion d'une rechute sera cause en ce cas de désaccords, de rancunes. Il faut noter aussi que le conjoint sain ne peut aider le malade à se soigner, à se reposer, qu'autant qu'il connaît la nécessité et le motif de cette prudence.

Est-ce à dire qu'il faille souhaiter l'instauration d'un certificat prénuptial détaillé obligatoire, tel qu'il existe dans certains états d'Amérique ? Il ne le semble pas. Ces données complexes seraient difficiles à exposer dans le cadre rigide d'une loi. Et il faudrait auparavant entreprendre d'éduquer l'opinion publique. « Les mœurs doivent précéder les lois qui

deviennent d'autant plus inutiles que les mœurs sont mieux éduquées » (L. BERNARD). Mieux vaut donc laisser le médecin seul juge de la situation. Il s'attachera lui-même à obtenir une franchise entière de la part du malade.

Plusieurs procédures ont été envisagées pour cela. Certains auteurs ont conseillé « de faire jouer au médecin, pour la santé, le rôle que joue le notaire pour la dot ».

Après avoir obtenu leur consentement mutuel réunir les deux intéressés, et leurs parents, leur exposer aussi complètement et clairement que possible, la situation, leur exposer aussi les conséquences qui en peuvent découler, les mesures d'hygiène qu'elle impose, les risques de rechute qu'elle comporte, puis les laisser décider (DUMAREST).

Cette procédure, excellente en soi, a l'inconvénient d'obliger le médecin à se faire délier du secret professionnel, ce qui peut difficilement être admis. D'autre part « il s'expose à ce qu'on lui pose tant de questions, et lui demande de telles affirmations qu'on estimera, en fin de compte, qu'il conserve un doute, et le mariage ne se fera pas » (COURCOUX).

Le médecin pourrait encore se mettre en rapport avec le médecin de la belle famille. L'intérêt de cette démarche varie suivant « l'état d'esprit de ce médecin et de son expérience en matière de phtisiologie ».

Plus simple donc, paraît ce procédé qui consiste à donner à l'intéressé une consultation écrite détaillée, pour tel usage qu'il en voudra faire, en con-

cluant explicitement à l'interdiction ou à l'autorisation du mariage.

Parfois, le malade, engagé trop imprudemment dans un projet d'union craindra qu'une franchise tardive ne risque de venir rompre des pourparlers bien avancés déjà. Même en ce cas, le médecin ne peut que lui conseiller la loyauté, en lui démontrant que si cette sincérité comporte quelques risques, une dissimulation obstinée en provoquerait ultérieurement de plus graves. Il devra lui conseiller de « chercher un bon ambassadeur, qui saura trouver les arguments voulus pour excuser cet oubli ; et utilisera au mieux la consultation écrite lui donnant l'autorisation de se marier. »

A plus forte raison devra-t-on conseiller la franchise aux malades porteurs de pneumothorax ou ayant subi antérieurement une phrénicectomie, une thoracoplastie. Toute dissimulation devient, chez eux bien illusoire.

Ayant longuement réfléchi à la décision, l'ayant solidement étayée, ayant demandé à ce projet d'union des garanties matérielles, morales et sentimentales, ayant tout fait pour obtenir une loyauté absolue, le médecin devra laisser aux intéressés le libre choix de la décision. « Le problème, un problème vital, est leur problème à eux deux, c'est à eux de le résoudre, mais nous leur devons de les mettre en état de le résoudre en pleine connaissance de cause loyalement et sans fraude » (M. RIST).

Si son avis n'est pas suivi, si les malades passent

outre à sa décision, il restera au médecin la satisfaction d'avoir fait tout son devoir. L'espoir aussi que peut être tout ira bien dans ces unions fondées malgré lui. Ces heureuses surprises, bien rares, existent incontestablement. Elles viendront confirmer le clinicien dans cette idée que chaque jour, chaque malade pose un nouveau problème, ce problème ne peut être résolu avec le seul apport de la clinique. Il y faudra ajouter les données morales, sociales, économiques, sentimentales même, qui s'y rattachent.

CONCLUSIONS

I. — Le mariage des tuberculeux constitue un problème complexe, puisqu'il soulève à côté de questions médicales, des questions morales et sociales.

II. — Le côté médical est lui-même dominé par un certain nombre de considérations.

1. Bien que la tuberculose ne soit pas immunisante contre elle-même, il est néanmoins certain :

α) que des atteintes bénignes confèrent une résistance contre des atteintes plus graves.

β) que la résistance à l'infection bacillaire, quelle qu'en soit la cause, constitutionnelle ou acquise, est transmissible, peut devenir, avec le temps, et dans une certaine mesure raciale.

γ) que la résistance individuelle faible ou nulle à la naissance va en croissant avec l'âge.

δ) que chez l'adulte de notre race et de notre pays, la contagion paraît peu redoutable et peut être assez facilement évitée.

2. D'autre part :

α) la tuberculose chronique est dans beaucoup de cas une affection relativement bénigne et qui n'influence que peu la vie sociale des individus.

β) l'enfant né de souche tuberculeuse peut être résistant ou prédisposé, sans que nous puissions dire exactement dans l'état actuel de nos connaissances, pourquoi. Mais il est impossible d'en préjuger ni de le suspecter *a priori*.

γ) la grossesse évolue chez des femmes tuberculeuses de façon très diverse, mais dans une large mesure prévisible. Dangereuse dans les formes évolutives et destructives, elle est indifférente dans les formes chroniques fibrosantes ; elle est même parfois favorable.

III. — Sur ces bases :

1) Il n'y a aucune raison d'interdire systématiquement le mariage aux tuberculeux : c'est une question d'espèce.

Pour l'homme comme pour la femme, le mariage peut être autorisé :

En cas de tuberculose extra-pulmonaire toutes les fois que le processus d'évolution est éteint et après un délai raisonnable.

En cas de tuberculose pulmonaire (mis à part des cas de guérison constatés) dans toutes les formes frustes ou latentes ainsi que dans les cas où la stabilisation, que nous appelons la guérison clinique, a été réalisée par l'un des moyens thérapeutiques dont

nous disposons aujourd'hui et s'est maintenue sans défaillance depuis un certain temps.

Toutes les fois que l'on a affaire à une évolution progressive, même discontinue, et procédant par poussées successives, il vaut mieux interdire le mariage.

2) L'examen systématique des futurs époux permettrait de faire en temps utile beaucoup de constatations importantes et de prévenir ainsi des surprises fâcheuses et fréquentes.

3) Le côté moral et social (ressources matérielles, résidence, profession, etc.) joue un grand rôle dans les unions de tuberculeux et doit entrer largement en ligne de compte parmi les éléments de la décision.

4) Les mariages de tuberculeux ne devront être consentis par les intéressés et leurs familles qu'en toute connaissance de cause. Les deux partis devront être exactement renseignés sur leur situation respective : la décision leur appartient, mais il faut qu'ils sachent ce qu'ils font.

Vu : *Le Doyen,*
ROUSSY.

Vu : *Le Président de la Thèse,*
BEZANÇON

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

RÉSUMÉ BIBLIOGRAPHIQUE

- AMELINE. — Hérédo-Tuberculose. *Progrès médical*, 9 mars 1935.
- ANDLER. — Tuberculose pulmonaire et fonction de reproduction (*Thèse Paris 1927*).
- ARNOULD. — Gravidité comparée de la Tuberculose, suivant l'existence ou l'absence d'antécédents tuberculeux chez les parents (*Revue de la Tuberculose*, 1920, n° 1).
- Tuberculose conjugale et ses enseignements (*Revue de Ph. Méd. Soc.* sept. 1931).
- AUBERT. — Th. Bordeaux, 1908.
- BARD. — Rôle du pronostic des maladies chroniques dans la pratique médicale (*Progrès Médical*, 31 mars 1930).
- BAUMES. — Traité de la Phtisie (Paris, 1805).
- BENTLEY. — Recherches sur la Tuberculose par contact (*Méd. Off.*, 9 nov. 1935).
- BÉRAUD. — Essai sur la psychologie des tuberculeux (*Th. Lyon*, 1902).
- BERNARD (L.). — Début et arrêt de la Tuberculose pulmonaire (Masson, 1931).
- Tuberculose et Mariage (*Journal des Accouch.* fév. 1931).
- Relations de la Tuberculose et de la maternité (*Paris Médical*, 6 janv. 1923).
- Tuberculose et hérédité (*Presse Médical*, 24 mars 1928).
- BERTIER. — Tuberculose conjugale (*Arch. Médico-Chir. App. Resp.* 1935).

- BEZANÇON (F.). — Orientation thérapeutique donnée par les notions de tuberculose maladie chronique contagieuse et familial (*La Médecine*, mai 1925).
- Notion de climat dans le traitement de la Tuberculose de l'adulte (*Monde Médical*, nov. 1931).
- Les modalités particulières de la contagion de la Tuberculose (*Monde Médical*, n° 865).
- BEZANÇON et BRAUN. — La notion de la Tuberculose familiale (*La Médecine*, mai 1925).
- BRAUN (S.) et M^{me} FREY-RAGU. — Importance du facteur moral dans l'éclatement de la Tuberculose pulmonaire (*Presse Médicale*, 15 juillet 1930).
- BURNAND (R.). — Une ville sur la montagne (Attinger, 1935).
- CALMETTE. — La Tuberculose est-elle contagieuse (*Presse Médicale*, 27 sept. 1933).
- CALMETTE, GUÉRIN, NÈGRE, BOQUET. — Vaccination par le B. C. G. (*Annales de l'Institut Pasteur*, 1927, n° 3).
- CARBOGNIN (G.). — Hérédo-Tuberculose et Mariage (*Progrès Médical*, 1^{er} sept. 1934).
- COURCOUX. — Tuberculose et mariage (*Cahiers Laënnec*, n° 1, déc. 1934).
- Tuberculose et mariage (*Répertoire Médical pratique*, fév. 1935).
- COURTOIS. — Les Bacillaires à capacité de travail normale (*Revue belge de la Tub.*, avril 1935).
- DAREMBERG. — Le traitement de la Phtisie pulmonaire (Paris 1891).
- DEBRÉ et LELONG. — Prophylaxie de la Tuberculose (*Monde Médical*, 1^{er} juin 1935).
- DENOYELLE. — Th. Paris, 1926.
- DENSCHED. — Tuberculose et examen médical avant le mariage (*Liège Méd.*, 7 sept. 1930).
- DUFOURT. — De la contagion entre conjoints tuberculeux (*Lyon Médic.*, 20 nov. 1927).
- Héritéité et terrain dans la Tub. (*Monde Méd.*, 1^{er} juin 1935).
- DUMAREST. — La vie hygiénique du tuberculeux (Doin, 1932).
- Tuberculose pulmonaire et grossesse (*Monde Méd.* 1924, n° 655).

- Le Mariage des Tuberculeux (*Esprit Médical*, 1937).
- La vie sociale du Tuberculeux moyen (*Hauteville Médical*, janv. 1930).
- La cure de travail (*Bulletin Médical*, 24 nov. 1909).
- DUMAREST et BRETTE. — Grossesse et Tuberculose (*Presse Méd.*, 21 juin 1912).
- FISHBERG. — Tuberculosis, marriage, maternity (*Nat. Tub. Ass.* 1921).
- FORSSNER. — Rapport à la conférence de Lausanne de 1924 (*Revue de la Tub.*, 1934).
- GISMONDI. — Contagion de la Tuberculose (*Presse Méd.*, 7 avril 1934).
- GODLEWSKI (H.). — Chronique documentaire sur la Tuberculose conjugale (*Avenir Médical*, avril 1933).
- GRANCHER. — Tuberculose et mariage. Maladies de l'Appareil Respiratoire (Doin, 1890).
- HUGON (C.). — Th. Paris, 1913.
- JACQUEMIN. — Terrain génital de la Tuberculose pulmonaire (*Bull. Méd.*, 21 mars 1936).
- JEANNEL. — Tuberculose et mariage (Montpellier, 1902).
- KUSS. — De l'hérédité parasitaire de la Tuberculose humaine (Asselin, 1898).
- LAËNNEC. — Traité de l'auscultation médiate (1826).
- LALESQUE. — Tuberculose et mariage (*Journal de Méd. de Bor, deaux*, 1906, p. 336).
- LANDOUZY. — Hérédité tuberculeuse, hérédité de graisse, et d'état diathésique (*Revue de la Médecine*, 1891).
- LELONG. — Th. Paris, 1925.
- LE LORIER. — Statistique américaine sur les rapports de la grossesse et de la Tuberculose (*Bull. Méd.* sept. 1930).
- LEMIÈRE (G.). — Les Tuberculeux peuvent-ils se marier (*Revue de la Tub.*, 1893).
- LÉONARDI. — Th. Lyon, 1935.
- LETULLE. — Essai sur la psychologie du phtisique (*Arch. gén. Méd.* 1900-IV).
- Le Cœur des Tuberculeux (*Journal des Débats*, sept. 1899).
- LUMIÈRE (A.). — Hérédo-tuberculose et mariage (*Progrès médical*, 27 oct. 1934).

- A propos de la contagion conjugale (*Av. Méd.*, mai 1933).
- Tuberculose, contagion Hérité (Lyon 1931).
- MAC PHEDRAN et OPIE. — Exogenous Tuberculosis infection ; marital Tuberculosis (*Arch. int. Méd.*, déc. 1932).
- MEISSEN. — Tuberculose et mariage (*Revue int. de la Tub.*, juillet 1902).
- MERCIER. — Th. Paris, 1894.
- MEUNIER et PLICQUE. — Le traitement des tuberculeux dans l'ancienne médecine (*Bull. Méd.* 1900-XIV).
- PARODI. — Th. Marseille, 1933.
- PEARSON. — Tub. pulm. and mariage (*J. State Med.*, janv. 1932).
- PESCHARD. — Th. Paris 1936.
- PETER. — Cliniques médicales, 1879, p. 125.
- PETIT. — Tuberculose et mariage (*Conc. Méd.*, Paris 1898-XX.)
- PIERY et ROSHEM. — Histoire de la Tuberculose.
- PIDOUX. — Etudes générales et pratiques sur la Phtisie (1873).
- POIX (G.). — Vaccination contre la Tuberculose par le B. C. G. (*Presse Méd.*, 1926, p. 769).
- RIST (E.). — Contagion tuberculeuse chez les infirmières (*Presse Méd.*, 18 oct. 1933).
- Le serment d'Hippocrate (Masson, 1909).
- RIST (E.) et HAUTEFEUILLE. — Quelques remarques sur la Tuberculose conjugale et ses facteurs psycho-socio. (In *Arch. Méd. et Ph. Milit.*, octobre 1927).
- ROCHETTE. — Tuberculose conjugale et contagion tuberculeuse (*Hauteville Médical*, octobre 1930).
- ROUSSEL. — Thèse. Nancy, 1921.
- SABOURIN. — Tuberculose et mariage (*La Médecine*, mai 1920).
- A propos du mariage des tuberculeux (*Journ. des Pratic.*, 6 sept. 1918).
- SERGEANT (E.). — L'avortement thérapeutique chez les tuberculeuses (*Presse Méd.*, 27 nov. 1926).
- SEWALL. — Environments of. Tub. (*Americ. Rev. of Tub.*, janv. 1932).
- SEIFFERT. — Le comportement des enfants provenant de milieux tuberculeux (*Zeit. Chri. Fin. Tub.*, juillet 1935).
- TECOND. — Tuberculose conjugale (*Paris Méd.* fév. 1925).

VAN YSSENDICK. — Contribution à l'étude du mariage des tuberculeux (*Bull. Acad. Roy. Belgique*, 1898, p. 439).

WARD. — Marriage, pregnancy, parturition and Tub. (*The Lancet*, 15 sept. 1923).

TABLE DES MATIÈRES

I. — INTRODUCTION.....	17
II. — HISTORIQUE	22
III. — LA TUBERCULOSE CONJUGALE	26
IV. — L'ENFANT NÉ DE PARENTS TUBERCULEUX	40
V. — AVANTAGES ET RISQUES DU MARIAGE POUR LE MA- LADE LUI-MÊME	59
a) Risques sexuels.....	60
b) Obligation de résidence	66
c) Union d'une jeune mlade et d'un homme sain...	70
d) Union d'un malade et d'une jeune fille saine....	78
e) Union de deux malades.....	86
f) Le mariage <i>in extremis</i>	90
VI. — CONDITIONS DE CES MARIAGES.....	92
VII. — ROLE DU MÉDECIN	96
Conclusions.	101
Bibliographie.....	105

Saint-Amand (Cher), France. — Imprimerie R. BUSSIÈRE. — 28-6-1937.

